

**SOLICITUD DE SEGURO PÓLIZA DE SEGURO DE EQUIPO DE
CONTRATISTA**

En base a la información suministrada a continuación, LA EMPRESA DE SEGUROS debe decidir si acepta o no el riesgo, debido a esto agradecemos llenar la solicitud en todas sus partes con letra legible o de imprenta.

DATOS DEL TOMADOR

Persona Natural	Apellidos:		Nombres:				
	Cédula de Identidad: V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>		Pasaporte No.:		Fecha Nacimiento:	Edad:	Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
	Estado Civil: Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Concubino <input type="checkbox"/>						
	Profesión u Oficio:						
	Nombre de la Empresa donde Labora:						
	Cargo que desempeña:				Fecha de Ingreso:		
	Ingreso Anual Bs.F: Hasta 10.000 <input type="checkbox"/> Entre 10.001 y 30.000 <input type="checkbox"/> Entre 30.001 y 60.000 <input type="checkbox"/> Entre 60.0001 y 90.000 <input type="checkbox"/> Entre 90.001 y 150.000 <input type="checkbox"/> Más de 150.000 <input type="checkbox"/>						
	Condición de la vivienda: Propia <input type="checkbox"/> Alquilada <input type="checkbox"/> Hipotecada <input type="checkbox"/>						
	Dirección de Habitación:						
	Urbanización/Zona/ Sector:					Pais:	
	Estado:			Ciudad:		Nro. Teléfono:	
	Dirección e-mail:					Nro. Celular:	
	Dirección de Oficina:						
	Urbanización/Zona/ Sector:					Pais:	
	Estado:			Ciudad:		Nro. Teléfono:	
Dirección e-mail:							

Persona Jurídica	Tipo de Persona: Jurídica <input type="checkbox"/> Gubernamental <input type="checkbox"/>		R.I.F.:				
	Nombre Comercial:			Razón Social:			
	Descripción de la Actividad Económica o Comercial:						
	Patrimonio Bs.F: Hasta 50.000 <input type="checkbox"/> Entre 50.001 y 500.000 <input type="checkbox"/> Entre 50.001 y 2.000.000 <input type="checkbox"/> Entre 2.000.0001 y 10.000.000 <input type="checkbox"/> Entre 10.000.001 y 50.000.000 <input type="checkbox"/> Más de 50.000.000 <input type="checkbox"/>						
	Dirección del Domicilio Fiscal:						
	Urbanización/Zona/ Sector:					Pais:	
	Estado:			Ciudad:		Nro. Teléfono:	
	Dirección e-mail:						
	Registro Mercantil:			Circunscripción Judicial:			
	Fecha:		Número:		Tomo:		
	Apellidos, Nombres del Representante Legal:						
	Cédula de Identidad: V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>		Pasaporte No.:		Cargo que desempeña:		Nro. Teléfono:
	Dirección de Habitación:						
	Dirección de Oficina:					Nro. Teléfono:	
	Oficio u Ocupación:			Independiente <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/>			
Descripción de la Actividad Económica, Comercial o Profesional:							
Ingreso Anual Bs.F: Hasta 10.000 <input type="checkbox"/> Entre 10.001 y 30.000 <input type="checkbox"/> Entre 30.001 y 60.000 <input type="checkbox"/> Entre 60.0001 y 90.000 <input type="checkbox"/> Entre 90.001 y 150.000 <input type="checkbox"/> Más de 150.000 <input type="checkbox"/>							

DATOS DEL PROPUESTO ASEGURADO (De ser diferente al TOMADOR)

Persona Natural	Apellidos:		Nombres:				
	Cédula de Identidad: V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>		Pasaporte No.:		Fecha Nacimiento:	Edad:	Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
	Estado Civil: Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Concubino <input type="checkbox"/>						
	Profesión u Oficio:						
	Nombre de la Empresa donde Labora:						
	Cargo que desempeña:				Fecha de Ingreso:		
	Ingreso Anual Bs.F: Hasta 10.000 <input type="checkbox"/> Entre 10.001 y 30.000 <input type="checkbox"/> Entre 30.001 y 60.000 <input type="checkbox"/> Entre 60.0001 y 90.000 <input type="checkbox"/> Entre 90.001 y 150.000 <input type="checkbox"/> Más de 150.000 <input type="checkbox"/>						
	Condición de la vivienda: Propia <input type="checkbox"/> Alquilada <input type="checkbox"/> Hipotecada <input type="checkbox"/>						
	Dirección de Habitación:						
	Urbanización/Zona/ Sector:					Pais:	
	Estado:			Ciudad:		Nro. Teléfono:	
	Dirección e-mail:					Nro. Celular:	
	Dirección de Oficina:						
	Urbanización/Zona/ Sector:					Pais:	
	Estado:			Ciudad:		Nro. Teléfono:	
Dirección e-mail:							

Tipo de Persona: Jurídica <input type="checkbox"/> Gubernamental <input type="checkbox"/>		R.I.F.:
Nombre Comercial:	Razón Social:	
Descripción de la Actividad Económica o Comercial:		
Patrimonio Bs.F:	Hasta 50.000 <input type="checkbox"/>	Entre 50.001 y 500.000 <input type="checkbox"/>
	Entre 2.000.0001 y 10.000.000 <input type="checkbox"/>	Entre 10.000.001 y 50.000.000 <input type="checkbox"/>
		Entre 50.001 y 2.000.000 <input type="checkbox"/>
		Más de 50.000.000 <input type="checkbox"/>
Dirección del Domicilio Fiscal:		
Urbanización/Zona/ Sector:		País:
Estado:	Ciudad:	Nro. Teléfono:
Dirección e-mail:		
Registro Mercantil:	Circunscripción Judicial:	
Fecha:	Número:	Tomo:
Apellidos, Nombres del Representante Legal:		
Cédula de Identidad:	Pasaporte No.:	Cargo que desempeña:
V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>		Nro. Teléfono:
Dirección de Habitación:		
Dirección de Oficina:		Nro. Teléfono:
Oficio u Ocupación:	Independiente <input type="checkbox"/>	Empleado <input type="checkbox"/>
		Socio <input type="checkbox"/>
Descripción de la Actividad Económica, Comercial o Profesional:		
Ingreso Anual Bs.F:	Hasta 10.000 <input type="checkbox"/>	Entre 10.001 y 30.000 <input type="checkbox"/>
	Entre 60.0001 y 90.000 <input type="checkbox"/>	Entre 30.001 y 60.000 <input type="checkbox"/>
		Entre 90.001 y 150.000 <input type="checkbox"/>
		Más de 150.000 <input type="checkbox"/>

DIRECCIÓN DE COBRO	
Habitación/ Domicilio Fiscal <input type="checkbox"/>	Oficina <input type="checkbox"/>

DESCRIPCIÓN DE LOS BIENES					
Tipo de Equipo	Marca /Fabricante	Modelo	Nro. Serial	Año	Valor de Reposición
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

De ser el caso, si los bienes están ubicados permanentemente en un lugar, indique a continuación su ubicación:

Edificio / Casa:	Apto./Oficina:	Piso:
Avenida:	Calle/Transversal/Vereda:	
Urbanización:	Ciudad:	Parroquia:
Municipio:	Estado:	Cod. Postal:
Cod. Area	Cod. Area	
Teléfono: ()	Fax: ()	E-Mail:

COBERTURAS SOLICITADAS	DEDUCIBLE	SUMA ASEGURADA
Daños Accidentales		
Flete		5% de la Cobertura Basica

OTROS SEGUROS SOBRE LOS MISMOS RIESGOS		
Pólizas Vigentes:		
NRO. PÓLIZA	NOMBRE DE LA EMPRESA	FECHA DE VENCIMIENTO
dd / mm / aaaa		dd / mm / aaaa

Siniestros:		
FECHA DE OCURRENCIA	CAUSA DEL SINIESTRO	MONTO RECLAMADO

DECLARACIONES y AUTORIZACIONES**Yo TOMADOR y/o PROPUESTO ASEGURADO:**

* Declaro que he leído cuidadosamente y totalmente, una a una, todas las preguntas y respuestas consignadas en esta solicitud de seguro y que ellas son verdaderas, amplias, completas y exactas.

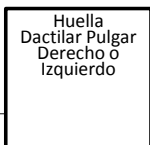
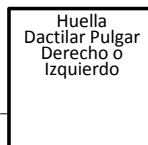
* Declaro que no he omitido ni disimulado, ningún hecho ni circunstancias que puedan modificar la opinión de **LA EMPRESA DE SEGUROS** sobre el riesgo a correr por el seguro solicitado.

* Yo, **EL TOMADOR** doy fe que el dinero utilizado para el pago de la Prima de la Póliza a suscribir proviene de una fuente lícita y por lo tanto no guarda o tiene relación alguna con dinero, capitales, bienes, haberes, valores o títulos, productos de las actividades ilícitas o de los delitos de Legitimación de Capitales previstos en la Ley Orgánica Contra la Delincuencia Organizada y Financiamiento al Terrorismo.

* Autorizo a las Empresas o Instituciones, para suministrar a **LA EMPRESA DE SEGUROS**, todos los datos que posean antes o después del siniestro. Asimismo autorizo a **LA EMPRESA DE SEGUROS**, a recabar cualquier información relacionada con los riesgos y a verificar los datos de esta Solicitud de Seguro.

Lugar: _____ Fecha: ____/____/____.
dd / mm / aaaa

Firmas: _____

EL TOMADOR**PROPUESTO ASEGURADO****Yo, Intermediario del Seguro:**

* Declaro que he leído todas las respuestas suministradas por **EL TOMADOR** y/o **PROPUESTO ASEGURADO** y que la información dada de su identificación es íntegra.

Intermediario(s) de Seguros:

Apellido(s) y Nombres:	Código N°:	(%) Porc. de Participación:	Firma:

Para la suscripción de la Póliza se debe anexar a esta Solicitud de Seguro: Fotocopia de los documentos de identificación del TOMADOR, PROPUESTO ASEGURADO y Representante del TOMADOR (C.I.;R.I.F.;Pasaporte) y Fotocopia de los documentos de Registro Mercantil .

Aprobado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora según oficio N° 19886 de fecha 06/03/2013