

Tomador del Seguro

Referente a los **Datos de la Empresa**, por favor responda las siguientes preguntas:

a) Datos de Identificación

Nombre de la Empresa: _____

R.I.F.: _____ N.I.T.: _____ N° de Empleados: _____

Razón Social: _____

Actividad de la Empresa: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____

Zona Postal: _____ Teléfono: _____

Correo Electrónico: _____

b) Datos del Representante Legal

Apellidos: _____ Nombres: _____

C.I. : V E N°: _____ Sexo: Femenino Masculino

Cargo que ocupa en la Empresa: _____

c) Información para el cobro de la prima

Dirección de Cobro: _____

Ciudad: _____ Estado: _____

Zona Postal: _____ Teléfono: _____

Información del Riesgo

Referente a los **Maquinarias y Equipos a Asegurar**, por favor responda las siguientes preguntas:

a) Ubicación de los Equipos: _____

b) ¿Las maquinarias y equipos a asegurar están en parte o totalmente alquilados?..... Sí No

En caso afirmativo, indique nombre y dirección del propietario: _____

c) ¿Existe un contrato de mantenimiento o servicio con los fabricantes?..... Sí No

En caso afirmativo, complete la siguiente información:
Nombre de la Empresa: _____
Frecuencia de mantenimiento o servicio: _____
Tiempo que tienen trabajando con esa empresa: _____

d) ¿La maquinaria y equipo están expuestos en forma extraordinaria a riesgos especiales? :

- Incendio, Explosión Labores en Montañas Uso de Explosivos
- Huracán / Ciclón Labores Subterráneas Avenida, Inundación
- Derrumbes
- Otros, dé detalles: _____

e) ¿Existe algún otro agravante al riesgo, que no haya sido indicado anteriormente?..... Sí No

En caso afirmativo, detalle: _____

f) ¿Ha preparado un Plan de Contingencia?..... Sí No

En caso afirmativo, detalle: _____

Referente a las **Maquinarias y Equipos a Asegurar** por favor complete la siguiente información; de ser necesario, anexe relación detallada indicando el valor unitario de cada uno:

1	Nombre del Fabricante: _____	Marca: _____
	Modelo: _____	Serial: _____
	Año de Fabricación: _____	Suma Asegurada: _____
2	Nombre del Fabricante: _____	Marca: _____
	Modelo: _____	Serial: _____
	Año de Fabricación: _____	Suma Asegurada: _____
3	Nombre del Fabricante: _____	Marca: _____
	Modelo: _____	Serial: _____
	Año de Fabricación: _____	Suma Asegurada: _____
4	Nombre del Fabricante: _____	Marca: _____
	Modelo: _____	Serial: _____
	Año de Fabricación: _____	Suma Asegurada: _____
5	Nombre del Fabricante: _____	Marca: _____
	Modelo: _____	Serial: _____
	Año de Fabricación: _____	Suma Asegurada: _____
6	Nombre del Fabricante: _____	Marca: _____
	Modelo: _____	Serial: _____
	Año de Fabricación: _____	Suma Asegurada: _____
7	Nombre del Fabricante: _____	Marca: _____
	Modelo: _____	Serial: _____
	Año de Fabricación: _____	Suma Asegurada: _____
8	Nombre del Fabricante: _____	Marca: _____
	Modelo: _____	Serial: _____
	Año de Fabricación: _____	Suma Asegurada: _____
9	Nombre del Fabricante: _____	Marca: _____
	Modelo: _____	Serial: _____
	Año de Fabricación: _____	Suma Asegurada: _____

10	Nombre del Fabricante: _____	Marca: _____
	Modelo: _____	Serial: _____
	Año de Fabricación: _____	Suma Asegurada: _____
11	Nombre del Fabricante: _____	Marca: _____
	Modelo: _____	Serial: _____
	Año de Fabricación: _____	Suma Asegurada: _____
12	Nombre del Fabricante: _____	Marca: _____
	Modelo: _____	Serial: _____
	Año de Fabricación: _____	Suma Asegurada: _____
13	Nombre del Fabricante: _____	Marca: _____
	Modelo: _____	Serial: _____
	Año de Fabricación: _____	Suma Asegurada: _____
14	Nombre del Fabricante: _____	Marca: _____
	Modelo: _____	Serial: _____
	Año de Fabricación: _____	Suma Asegurada: _____

Referente al **Seguro a Contratar** por favor marque con equis (X) su respuesta a las siguientes preguntas:

a) Indique sí para el Seguro de Daños a Maquinaria y Equipo de Contratistas, alguna Compañía de Seguros ha:

- Rechazado cualquier propuesta suya Cancelado
 Denegado la continuación de cualquier Seguro Impuesto condiciones especiales para emitir la póliza

En caso afirmativo, dé detalles: _____

b) ¿Mantiene algún otro Seguro de Daños a Maquinaria y Equipo de Contratistas vigente con ésta u otra Compañía de Seguros? Sí No

En caso afirmativo, complete la siguiente información:

Compañía Aseguradora	Número de Póliza	Vigencia	Sumas Aseguradas

Forma 4520000 (12-2002)

c) ¿Ha hecho alguna reclamación contra alguna Compañía de Seguros? Sí No

En caso afirmativo, complete la siguiente información:

Indique fechas	Causa	Monto	Compañía Aseguradora

d) Período del Seguro, desde: _____ a las 12 m. hasta: _____ a las 12 m.

Coberturas Solicitadas

Por favor marque con equis (X) las coberturas adicionales opcionales solicitadas e indique el **Límite Solicitado** en las coberturas que así lo requieran:

Coberturas

Huelga, Motín y Conmoción Civil

Flete Expreso, Horas Extras, Trabajos Nocturnos y Trabajos en Días Festivos

Límite Solicitado

Flete Aéreo..... _____

Transporte Terrestre..... _____

Yo, el Tomador, **DECLARO:**

- I. Que he leído cuidadosa y totalmente, una a una todas las preguntas consignadas en esta solicitud y que ellas son verdaderas, amplias, completas y exactas.
- II. Que no he omitido, ocultado, ni disimulado, ningún hecho ni circunstancia en dichas contestaciones que puedan modificar la opinión de La Empresa de Seguros sobre el riesgo a correr por el seguro solicitado.
- III. Que esta Solicitud de Seguro es la base para apreciar el riesgo y fijar la prima del seguro correspondiente, formando parte integrante del contrato y que cesa la responsabilidad de La Empresa de Seguros siendo nulo dicho contrato en caso de fraude o declaración falsa o reticencia por mi parte.

DOY FE que toda la información que suministro a la empresa **Estar Seguros S.A.**, es verdadera, autorizando a esta empresa o a quién competa, realizar las operaciones que sean necesarias a fin de constatar el origen del dinero utilizado para el pago de las primas. De acuerdo con lo previsto en la Ley Orgánica sobre Sustancias Estupefacentes y Psicotrópicas (LOSEP) y a fin de dar cumplimiento a lo establecido en la Providencia N° 98-2-2-899 de la Superintendencia de Seguros publicada en Gaceta Oficial N° 36.453 del 14 de mayo de 1998, contenida en las normas que exigen el cumplimiento de un conjunto de obligaciones de parte de las personas naturales y jurídicas para prevenir la legitimación de capitales en el mercado asegurador venezolano.

Firmado en: _____

a los _____ del mes de _____ de 20 _____

Firma del Tomador del Seguro

Intermediario de Seguro: _____ Código N°: _____

Nombre y Apellido del Representante: _____

En _____

a los _____ del mes de _____ de 20 _____

Firma del Intermediario de Seguros

La responsabilidad de la compañía no comienza hasta que la Póliza haya sido emitida y la prima pagada.