

**SOLICITUD DE SEGURO COMBINADO RESIDENCIAL UNIHOGAR**

En base a la información suministrada a continuación, la ASEGURADORA debe decidir si acepta o no el riesgo, debido a esto agradecemos llenar la solicitud en todas sus partes.			
Tipo de solicitud: Modificación: <input type="checkbox"/>	Emisión: <input type="checkbox"/> Inclusión: <input type="checkbox"/>	Sucursal emisora:	Moneda: Bs. <input type="checkbox"/>
<b>Datos Particulares del Seguro:</b>			
Nº de Cotización:	Fecha de solicitud:	Tipo de Póliza: Individual <input type="checkbox"/> Colectivo <input type="checkbox"/>	
Vigencia del Seguro: Desde: 12 A.M. Hasta: 12 A.M.		Frecuencia de Pago de la Prima: Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Especifique:	Forma de Pago de la Prima: Lugar de Pago de la Prima:
<b>TOMADOR</b>			
Apellidos y Nombres / Razón Social:		C.I. / R.I.F./Pasaporte:	Tipo de persona: Natural <input type="checkbox"/> Jurídica <input type="checkbox"/>
Nacionalidad: Venezolana <input type="checkbox"/> Extranjera <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento:	Estado civil: S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Peso (Kgs.):	Estatura (Mts.):	Actividad(es) Deportivas:	
Ingresos anuales Bs.:	Actividad económica: Industrial <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Gubernamental <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/>	Ramo o Área:	Profesión: Ocupación:
Dirección de Habitación: Urbanización: _____ Municipio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ País: _____ Teléfonos: _____ Fax: _____ E-Mail: _____			
Dirección de Oficina: Urbanización: _____ Municipio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ País: _____ Teléfonos: _____ Fax: _____ E-Mail: _____			
Dirección de Cobro: Urbanización: _____ Municipio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ País: _____ Teléfonos: _____ Fax: _____ E-Mail: _____			
De ser persona Jurídica, indique los siguientes datos:			
Nombre comercial:		Siglas/Nombre Comercial:	
Fecha de Constitución:		Tomo N°:	
<b>REPRESENTANTE DEL TOMADOR</b>			
Apellidos y Nombres / Razón Social:		C.I. / R.I.F./Pasaporte:	Tipo de Persona: Natural <input type="checkbox"/> Jurídica <input type="checkbox"/>
Nacionalidad: Venezolana <input type="checkbox"/> Extranjera <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento:	Edad:	Estado civil: S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>
Ingreso anual Bs.:	Actividad económica: Industrial <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Gubernamental <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/>	Ramo o Área:	Profesión:
Socio <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Ejercicio Independiente <input type="checkbox"/>		Ocupación:	Cargo:
Dirección de Habitación: Urbanización: _____ Municipio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ País: _____ Teléfonos: _____ Fax: _____ E-Mail: _____			
Dirección de Oficina: Urbanización: _____ Municipio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ País: _____ Teléfonos: _____ Fax: _____ E-Mail: _____			
<b>ASEGURADO</b>			
Nombres y Apellidos / Razón Social:		C.I. / R.I.F./Pasaporte:	Tipo de Persona: Natural <input type="checkbox"/> Jurídica <input type="checkbox"/>
Nacionalidad: Venezolana <input type="checkbox"/> Extranjera <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento:	Estado civil: S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Profesión:	Ocupación:	Cargo:	Peso (Kgs.) Estatura (Mts.)
Ingreso anual Bs.:	Actividad económica: Industrial <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Gubernamental <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/>	Ramo o Área:	Deporte que practica:
Dirección de Habitación: Urbanización: _____ Municipio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ País: _____ Teléfonos: _____ Fax: _____ E-Mail: _____			
Dirección de Oficina: Urbanización: _____ Municipio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ País: _____ Teléfonos: _____ Fax: _____ E-Mail: _____			
<b>UBICACIÓN DEL INMUEBLE A ASEGURAR</b>			
Dirección:			Teléfono:
Linderos:	NORTE: ESTE:	SUR: OESTE:	
<b>CARACTERÍSTICAS DEL INMUEBLE A ASEGURAR</b>			
1. ¿La estructura está construida con ladrillo, piedra o concreto?		SI	NO
2. ¿El Techo es de platabanda, losa de cemento o teja?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Las paredes están construidas con ladrillo, piedra o concreto?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Esta protegido el inmueble con alarma contra robo?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Cuenta el inmueble con vigilancia privada?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Están protegidas las puertas con rejas de seguridad?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Están protegidas las ventanas con rejas fijas?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿El inmueble es de uso vacacional?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿El inmueble esta habitado sólo por Ud. y su familia?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Existe alguna persona alquilada en su hogar?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Deja el inmueble deshabitado durante algún período en el año?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿El inmueble es utilizado para alguna actividad comercial?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿El inmueble esta en buenas condiciones de habitabilidad?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DEL SEGURO A CONTRATAR		SI	NO			
1. ¿Le ha sido negado, anulado o modificado un seguro que cubra alguno de los riesgos que desea asegurar?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
2. Usted o alguna persona que resida con usted, ¿Ha tenido alguna pérdida en los últimos tres (3) años, por alguno de los riesgos que desea asegurar?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
COBERTURAS SOLICITADAS:		SI	NO			
Cobertura Básica de Contenido		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
1. Daños y Pérdidas						
2. Gastos extraordinarios						
3. Daños por Agua						
4. Inundación						
5. Motín, Disturbios Populares, Disturbios Laborales y Daños Maliciosos						
6. Responsabilidad Civil Privada						
7. Riesgo Locativo						
8. Responsabilidad ante vecinos						
9. Daños a la Residencia						
Cobertura Opcional de Edificación		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
1. Daños y Pérdidas						
2. Gastos extraordinarios						
3. Tuberías, cables y otras instalaciones						
4. Daños por Agua						
5. Inundación						
6. Motín, Disturbios Populares, Disturbios Laborales y Daños Maliciosos						
Otras Coberturas Opcionales (El Tomador no está obligado a contratar las coberturas opcionales aquí indicadas)						
1. Terremoto		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
2. Objetos Valiosos Mayores		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
3. Equipos Electrónicos		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4. Muerte Accidental		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
5. Incapacidad Total		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
6. Gastos Funerarios		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
7. Pérdida de Dinero		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
8. Pérdida de Mercancía		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
DESCRIPCIÓN DE OBJETOS VALIOSOS MAYORES A ASEGURAR						
Objeto	Marca/Diseñador	Modelo	Nro. Serial	Suma Asegurada		
DESCRIPCIÓN DE EQUIPOS ELECTRÓNICOS A ASEGURAR						
Objeto	Marca	Modelo	Nro. Serial	Suma Asegurada		
DESCRIPCIÓN DE INSTRUMENTOS BANCARIOS A ASEGURAR						
Nro. de Identificación	Tipo de Instrumento	Entidad Financiera Emisora	Limite otorgado por la Entidad			
BENEFICIARIO(S) EN CASO DE MUERTE DEL ASEGURADO						
Apellidos y Nombres / Razón Social:		Parentesco:	C.I. / R.I.F./Pasaporte:	Edad:	Sexo:	% de Part.:
Declaraciones:						
<b>Yo, EL PROPUESTO ASEGURADO, declaro:</b>						
* Que he leído cuidadosamente y totalmente, una a una, todas las preguntas y respuestas consignadas en el cuestionario precedente y que ellas son verdaderas, amplias, completas y exactas.						
* Que no he omitido ni disimulado ningún hecho ni circunstancias que puedan modificar la opinión de la ASEGURADORA sobre el riesgo a correr por el Seguro solicitado.						
<b>Yo, EL TOMADOR, doy:</b>						
* Fe que el dinero utilizado para el pago de la prima del presente seguro, proviene de una fuente lícita y por lo tanto no tiene relación alguna con dinero, capitales, bienes, haberes, valores o títulos, producto de las actividades o acciones a que se refiere la Ley Orgánica Contra la Delincuencia Organizada.						
Autorización y Compromiso:						
Autorizo a las Compañías o instituciones, para suministrar a la ASEGURADORA, todos los datos que posean antes o después del siniestro. Asimismo autorizo a la ASEGURADORA, a recabar cualquier información relacionada con los riesgos y a verificar los datos de esta Solicitud de Seguro.						
Lugar, _____ Fecha: _____ de _____ de _____						
_____			_____			
EL TOMADOR			EL PROPUESTO ASEGURADO			
Intermediario(s) de Seguros:						
Apellido(s) y Nombres:		Código N°:	(%) Porc. de Participación:	Firma:		
Aprobado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora según oficio N° 5630 de fecha 27/05/2010						