

SOLICITUD DE SEGURO

PÓLIZA DE SEGURO HABITAT

DATOS DEL TOMADOR		
Nombre(s) (Si es Persona Natural) o Razón Social (Si es Persona Jurídica):	Apellido(s):	N° C.I., Pasaporte o R.I.F.(Si es Persona Jurídica): V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/>
Fecha y Lugar de Nacimiento:	Sexo :	Estado Civil:
Actividad Económica: Industrial <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/>	Ocupación: Independiente <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/>	
Por favor especifique el tipo de actividad económica antes seleccionado:		
Profesión u Oficio:	Fecha Registro Mercantil: N°: Tomo:	Fecha Última Acta de Asamblea: N°: Tomo:
Ingreso Anual (Si es Persona Natural):	Ingreso Promedio Anua l(Si es Persona Jurídica):	
Dirección de Habitación:	Calle / Avenida:	Casa / Edificio:
Piso:	N° Apartamento:	Urbanización/Sector:
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Teléfono:	Celular:	Correo Electrónico:
Dirección de Oficina:	Calle / Avenida:	Casa / Edificio:
Piso:	N° Apartamento:	Urbanización/Sector:
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Teléfono:	Celular:	Correo Electrónico:
DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL (EN CASO QUE LO AMERITE)		
Nombre(s) y Apellido(s) o Razón Social:	C.I., Pasaporte o R.I.F N°: V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/>	
Actividad Económica: Industrial <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/>	Ocupación: Independiente <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/>	
Por favor especifique el tipo de actividad económica antes seleccionado:		
Profesión u Oficio:		
Ingreso Anual (Si es Persona Natural):	Ingreso Promedio Anual (Si es Persona Jurídica):	
Dirección de Habitación:	Calle / Avenida:	Casa / Edificio:
Piso:	N° Apartamento:	Urbanización/Sector:
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Teléfono:	Celular:	Correo Electrónico:
Dirección de Oficina:	Calle / Avenida:	Casa / Edificio:
Piso:	N° Apartamento:	Urbanización/Sector:
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Teléfono:	Celular:	Correo Electrónico:
DATOS DEL PROPUESTO ASEGURADO (SI EL PROPUESTO ASEGURADO ES EL MISMO QUE EL TOMADOR, NO SERÁ NECESARIO LLENAR LOS SIGUIENTES DATOS, POR FAVOR CONTINUAR CON LOS DATOS DEL SEGURO)		
Nombre(s) (Si es Persona Natural) o Razón Social (Si es Persona Jurídica):	Apellido (s):	N° C.I., Pasaporte o R.I.F.(Si es Persona Jurídica): V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/>
Fecha y Lugar de Nacimiento:	Sexo :	Estado Civil:
Actividad Económica: Industrial <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/>	Ocupación: Independiente <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/>	
Por favor especifique el tipo de actividad económica antes seleccionado:		
Profesión u Oficio:		
Ingreso Anual (Si es Persona Natural):	Ingreso Promedio Anual (Si es Persona Jurídica):	
Dirección de Habitación:	Calle / Avenida:	Casa / Edificio:
Piso:	N° Apartamento:	Urbanización/Sector:
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Teléfono:	Celular:	Correo Electrónico:
Dirección de Oficina:	Calle / Avenida:	Casa / Edificio:
Piso:	N° Apartamento:	Urbanización/Sector:
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Teléfono:	Celular:	Correo Electrónico:
DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL (EN CASO QUE LO AMERITE)		

Nombre(s) y Apellido(s) o Razón Social:	C.I., Pasaporte o R.I.F N°: V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/>
---	---

Actividad Económica: Industrial <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/>	Ocupación: Independiente <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/>
--	--

Por favor especifique el tipo de actividad económica antes seleccionado:

Profesión u Oficio:

Ingreso Anual(Si es Persona Natural): Ingreso Promedio Anual(Si es Persona Jurídica):

Dirección de Habitación:	Calle / Avenida:	Casa / Edificio:
Piso:	N° Apartamento:	Urbanización/Sector:
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Teléfono:	Celular:	Correo Electrónico:
Dirección de Oficina:	Calle / Avenida:	Casa / Edificio:
Piso:	N° Apartamento:	Urbanización/Sector:
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Teléfono:	Celular:	Correo Electrónico:

VIGENCIA DEL SEGURO

Desde: ___ / ___ / _____ Hasta: ___ / ___ / _____

DATOS DEL SEGURO

BIENES ASEGURABLES (seleccione con una "x" el(los) bien(es) que desea asegurar)	SUMA ASEGURADA Bs.	PORCENTAJE DE PRIMER RIESGO (%)	
		INCENDIO	ROBO
Edificación <input type="checkbox"/>			
Contenido <input type="checkbox"/>			

COBERTURA BÁSICA

- Fuego o rayo, o por sus efectos inmediatos como el calor y el humo, siempre que los bienes no estuviesen destinados a quemarse.
- Explosión ocurrida dentro o fuera de la vivienda del Asegurado, bien sea que ocasione incendio o no.
- Impacto de aeronaves, satélites, cohetes u otros aparatos aéreos o de los objetos desprendidos de los mismos.
- El agua u otros agentes de extinción utilizados para apagar un incendio, en los predios ocupados por el Asegurado o en predios adyacentes.
- Las medidas adoptadas para extinguir el incendio, evitar su propagación y salvar los bienes asegurados.
- Caída de árboles, rotura o caída de antenas de radio y televisión, sus accesorios y mástiles.
- Caída de cables de alta tensión, torres o postes de electricidad, muros o paredes pertenecientes a otras propiedades de terceros, torres o grúas de construcción, tanques elevados de agua.
- Motín, disturbios populares, disturbios laborales y daños maliciosos.
- Extensión de cobertura.
- Daños por agua. (hasta el 20% de la suma asegurada)
- Inundación (hasta el 20% de la suma asegurada)
- Sustracción Ilegítima (Sólo para Contenido)

COBERTURAS OPCIONALES (Seleccione con una "x" lo(s) anexo(s) que desea contratar. El Propuesto Asegurado no está obligado a tomar todas y cada una de las coberturas aquí señaladas).	SUMA ASEGURADA: Bs
---	-----------------------

- | | |
|--|-----------|
| <input type="checkbox"/> Terremoto o Temblor de Tierra. | |
| <input type="checkbox"/> Deslave. | |
| <input type="checkbox"/> Rotura de Vidrios y Cristales (Hasta el 5% de la suma asegurada para edificaciones) | |
| <input type="checkbox"/> Infidelidad de Empleados Domésticos (Hasta el 5% de la Suma Asegurada para Contenido). | |
| <input type="checkbox"/> Sustracción Ilegítima de Dinero en Efectivo (Hasta el 5% de la suma asegurada para contenido) | |
| <input type="checkbox"/> Artículos Valiosos. | |
| <input type="checkbox"/> Daños a Equipos Electrónicos. | |
| <input type="checkbox"/> Tarjeta de Crédito o Tarjeta de Débito. | |
| <input type="checkbox"/> Accidentes Personales de Empleados Domésticos. | |
| <input type="checkbox"/> Hurto. | |
| <input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil Familiar. | |
| <input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil Daños por Agua. | |
| <input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil de Vecinos Defensa Penal y Asistencia Legal. | |
| <input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil Riesgo Locativo. | |
| <input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil Ante Vecinos. | |
| <input type="checkbox"/> Asistencia Domiciliaria. | NO APLICA |

BENEFICIARIO(S)

Nombre(s) y Apellido(s) o Razón Social	C.I. o RIF	Bien(es) Asegurado(s)

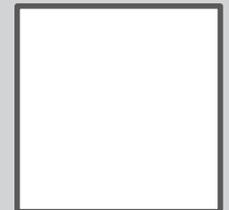
DATOS COMPLEMENTARIOS

¿Actualmente está asegurado en otra Compañía de Seguros?		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
En caso afirmativo indique por favor: Nombre de la Compañía y Pólizas Contratadas:			
¿Ha estado Asegurado anteriormente?		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
En caso de ser afirmativo, indique por favor en cuál Compañía:			
¿Ha tenido algún Siniestro?		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
En caso de ser afirmativo, indique por favor: fecha de ocurrencia, cuantía de los daños, causa del Siniestro y daños causados			
TIPO DE CONSTRUCCIÓN (Seleccione con una "x" el tipo de material y elemento)			
Techos de:		Paredes de:	
Puertas de:		Ventanas de:	
Indique si el riesgo posee otra(s) abertura(s) externa(s) tales como: Claraboyas, tragaluces, aberturas para ventilación o aire acondicionado, vitrina de exhibición, etc.:			
RIESGOS COLINDANTES			
Lindero Norte:		Lindero Este:	
Lindero Sur:		Lindero Oeste:	
DIRECCIÓN DEL RIESGO			
Calle / Avenida:		Casa / Edificio:	
Piso:	N° Apartamento:	Urbanización/Sector:	
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	
Teléfono:	Celular:	Correo Electrónico:	
DECLARACIÓN JURADA			
<p>Yo, _____, Cédula de Identidad N° _____, el Tomador, declaro bajo fe de juramento que el dinero utilizado para el pago de la prima, proviene de una fuente lícita y por lo tanto, no tiene relación alguna con el dinero, capitales, bienes, haberes, valores o títulos producto de las actividades o acciones derivadas de operaciones ilícitas.</p> <p>Ante cualquier falta de veracidad en las declaraciones anteriores, se aplicará lo dispuesto en la cláusula denominada "Declaraciones Falsas en la Solicitud de Seguro" de las Condiciones Generales de la Póliza. En todo caso, el Tomador deberá abstenerse de firmar esta solicitud en el caso de no cumplirse con la declaración indicada anteriormente.</p>			

Firmo en total conformidad con todo lo anteriormente expuesto

Se firma en: _____

Fecha: / /



Huella del Tomador

Huella del Propuesto Asegurado

Colocar la huella dactilar del pulgar de la mano derecha, o en su defecto de la mano izquierda.

Tomador Propuesto Asegurado Intermediario designado
por el Tomador

