

SOLICITUD DE SEGURO

PÓLIZA DE SEGURO CAPITAL

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):	Primer Riesgo Relativo		
	Incendio	Robo	
<input type="checkbox"/> Edificaciones		NO APLICA	
<input type="checkbox"/> Existencias de Mercancías			
<input type="checkbox"/> Maquinarias y Equipos			
<input type="checkbox"/> Mobiliarios			
<input type="checkbox"/> Instalaciones			
<input type="checkbox"/> Suministros		NO APLICA	
<input type="checkbox"/> Mejoras o Bienhechurías		NO APLICA	
OTROS DATOS DEL BIEN ASEGURABLE			
¿ Número de Localidades?			
Si el número de Localidades aquí descrito es mayor que uno, favor llenar una planilla de Solicitud para cada localidad.			
Localidad Asegurada:	Principal <input type="checkbox"/>	Otra <input type="checkbox"/>	
Tipo de Contrato:	Propiedad <input type="checkbox"/>	Arrendamiento <input type="checkbox"/>	Usufructo <input type="checkbox"/> Comodato <input type="checkbox"/>
Año de Construcción: / /	N° de Pisos:		
Fecha de Construcción: / /	Fecha de Culminación de la Construcción: / /		
Si la construcción no está culminada, favor responder la siguiente pregunta:			
Indicar el porcentaje (%) del estatus de la construcción:			
COBERTURAS			SUMA ASEGURADA Bs.
<input type="checkbox"/> COBERTURA BÁSICA			
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"/> Motín, Disturbios Populares, Disturbios Laborales y Daños Maliciosos.			
<input type="checkbox"/> Inundación.			
<input type="checkbox"/> Pérdidas Indirectas			
<input type="checkbox"/> Pérdida de Renta: Indicar período de indemnización:			
<input type="checkbox"/> Deterioro de Bienes Refrigerados o Congelados.			
<input type="checkbox"/> 6 horas. Carnes, pescados, mariscos, queso y otros alimentos frescos en ambiente de 6°C hasta 0°C.			
<input type="checkbox"/> 12 horas. Carnes, pescados, mariscos y otros alimentos congelados.			
<input type="checkbox"/> 24 horas. Enlatados, carnes ahumadas y grasa comestibles.			
<input type="checkbox"/> 48 horas. Frutas y verduras, productos lácteos, excepto leche y queso.			
<input type="checkbox"/> 72 horas. Conservas alimenticias enlatadas o envasados al vacío y platos preparados			
<input type="checkbox"/> 8 horas. Otros bienes no alimenticios.			
<input type="checkbox"/> Hurto.			
<input type="checkbox"/> Exceso de Daños al Local a Consecuencia de Sustracción Ilegítima.			
<input type="checkbox"/> Maquinarias y Equipos			
<input type="checkbox"/> Daño Interno a Equipos Electrónicos.			
<input type="checkbox"/> Equipos de Contratistas.			
<input type="checkbox"/> Falsificación.			

<input type="checkbox"/> Mercancía en Tránsito.			
<input type="checkbox"/> Rotura de Vidrios y Anuncios:			
<input type="checkbox"/> Dinero y Valores:			
<input type="checkbox"/> Fidelidad de Trabajadores:			
<input type="checkbox"/> Límite por Trabajador.			
<input type="checkbox"/> Límite por Colusión y/o año Póliza.			
<input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil Extracontractual. Predios y Operaciones.			
<input type="checkbox"/> Asistencia al Comercio			
Aumento Automático de Existencias:			
Primer Período			
Suma Asegurada:			
Primer Riesgo:		Pérdidas Indirectas:	
Fecha Inicio: ___ / ___ / ____		Fecha de Finalización: ___ / ___ / ____	
Segundo Período			
Suma Asegurada:			
Primer Riesgo:		Pérdidas Indirectas:	
Fecha Inicio: ___ / ___ / ____		Fecha de Finalización: ___ / ___ / ____	
Aumento automático de dinero y valores:			
Primer Período			
Suma Asegurada:			
Primer Riesgo:		Pérdidas Indirectas:	
Fecha Inicio: ___ / ___ / ____		Fecha de Finalización: ___ / ___ / ____	
Segundo Período			
Suma Asegurada:			
Primer Riesgo:		Pérdidas Indirectas:	
Fecha Inicio: ___ / ___ / ____		Fecha de Finalización: ___ / ___ / ____	
TIPO DE CONSTRUCCIÓN (seleccione con una "x" el tipo de material y elemento)			
A- TECHOS:	Resistentes al fuego <input type="checkbox"/>	No combustible <input type="checkbox"/>	Combustible <input type="checkbox"/>
B- PAREDES:	Resistentes al fuego <input type="checkbox"/>	No combustible <input type="checkbox"/>	Combustible <input type="checkbox"/>
C- PISO:	Resistentes al fuego <input type="checkbox"/>	No combustible <input type="checkbox"/>	Combustible <input type="checkbox"/>
D-ESTRUCTURA:	Resistentes al fuego <input type="checkbox"/>	No combustible <input type="checkbox"/>	Combustible <input type="checkbox"/>
RIESGOS COLINDANTES			
Lindero Norte:	Calle o Av.:	Nombre del Edificio:	
Lindero Sur:	Calle o Av.:	Nombre del Edificio:	
Lindero Este:	Calle o Av.:	Nombre del Edificio:	
Lindero Oeste:	Calle o Av.:	Nombre del Edificio:	
Tipo: Industrial <input type="checkbox"/> No Industrial <input type="checkbox"/> Depósito y Almacenaje <input type="checkbox"/>		Edificación: Abierta <input type="checkbox"/> Mixta <input type="checkbox"/> Cerrada <input type="checkbox"/>	
DIRECCIÓN DEL RIESGO			
Calle / Avenida:		Casa / Edificio:	
Piso:	N° Apartamento:	Urbanización/Sector:	
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	
Teléfono:	Celular:	Correo Electrónico:	
DATOS COMPLEMENTARIOS			
Índole de actividad (breve descripción):			
Número de empleados:			
¿Ha estado asegurado anteriormente? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, por favor indique la siguiente información:			
Empresa Aseguradora	Límite Asegurado (Bs.)	Póliza N°	Período de Vigencia
1.	Bs.		
2.	Bs.		
¿Actualmente está asegurado en otra compañía de Seguros? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		En caso afirmativo, por favor indique la siguiente información:	
Empresa Aseguradora	Límite Asegurado (Bs.)	Póliza N°	Período de Vigencia
1.	Bs.		
2.	Bs.		
¿Ha tenido algún siniestro? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, por favor indique la siguiente información:			

Causa	Monto de Siniestro (Bs.)	Fecha de Ocurrencia	Empresa Aseguradora	Póliza N°
1.	Bs.			
2.	Bs.			

BENEFICIARIO(S)

Nombre(s) y Apellido(s) / Razón Social	Cédula de Identidad o N° Rif o Pasaporte

INTERMEDIARIO DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA

Nombre(s) y Apellido(s) / Razón Social	Código	% Participación	Firma

DECLARACIÓN JURADA

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.

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.

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

