



Fecha: / /

Vigencia solicitada:

Desde / / Hasta / /

## SOLICITUD DE SEGUROS

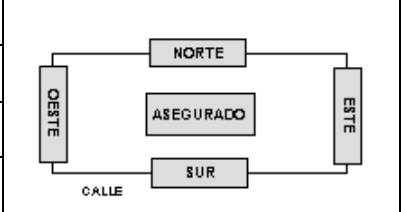
### PÓLIZA DE SEGURO COMBINADO DE INDUSTRIA Y COMERCIO

Con el deseo de suscribir un Seguro COMBINADO DE INDUSTRIA Y COMERCIO seguidamente suministro los datos necesarios para la apreciación del riesgo y la determinación de la prima, conforme a las condiciones de la Póliza, quedando entendido que esta solicitud no nos obliga a la celebración del contrato; pero en caso de llevarse a cabo, las declaraciones aquí contenidas se consideraran incorporadas.

I. DATOS DEL TOMADOR					
Cédula de Identidad/R.I.F. V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/>		Apellidos y Nombres o Razón Social:			
F.c. de Nac./ Registro Empresa: / /		Lugar de Nacimiento:	Nacionalidad:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado Civil: Soltero <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/>
Ocupación o Actividad del Negocio:		Dirección de Habitación:			E-mail:
País:	Ciudad:	Estado:	Población:	Teléfono:	
Dirección de Cobro:					
País:	Ciudad:	Estado:	Población:	Teléfono:	Ingreso Anual:
II. DATOS DEL ASEGURADO PROPUESTO					
Cédula de Identidad/R.I.F. V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>		Apellidos y Nombres:			
Fecha. de Nacimiento: / /		Lugar de Nacimiento:	Nacionalidad:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado Civil: Soltero <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/>
Ocupación o Actividad:		Dirección de Habitación:			E-mail:
País:	Ciudad:	Estado:	Población:	Teléfono:	
III. DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL RIESGO A ASEGURAR					
Cédula de Identidad: V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>		Apellidos y Nombres:			
Fecha. de Nacimiento: / /		Lugar de Nacimiento:	Nacionalidad:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado Civil: Soltero <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/>
Ocupación o Actividad:		Dirección de Habitación:			Email:
País:	Ciudad:	Estado:	Población:	Teléfono:	
IV. DATOS DEL RIESGO					
Índole del Riesgo: Comercial <input type="checkbox"/> Industrial <input type="checkbox"/>		Tipo de Comercio o Industria:		Mercancía Predominante:	
Dirección del Negocio o Industria:					
País:	Ciudad:	Estado:	Población:	Teléfono:	
Uso del Edificio / Casa / Galpón: Industria <input type="checkbox"/> Comercio <input type="checkbox"/> Vivienda <input type="checkbox"/> Mixto <input type="checkbox"/>			Nombre e Índole de Actividad de los Otros Ocupantes		

**LINDEROS DEL INMUEBLE:** Indique claramente la índole de las actividades ejercidas en los inmuebles colindantes o terrenos a edificar, inmuebles desocupados, invadidos, obras en demolición o en construcción y tipo de comunicación (Contigua o No)

Norte: \_\_\_\_\_  
 Sur: \_\_\_\_\_  
 Este: \_\_\_\_\_  
 Oeste: \_\_\_\_\_



**TIPO DE CONSTRUCCIÓN Y SUS MATERIALES**

ESTRUCTURA	TECHOS	PAREDES
I. Concreto Armado, Hierro revestido de Concreto Armado <input type="checkbox"/>	I. Concreto Armado, Placas de Concreto, Platabanda <input type="checkbox"/>	I. Ladrillo Macizo, Piedra, Concreto Armado, Bloques Macizos de Arcilla <input type="checkbox"/>
II. Metálica sin Revestimiento <input type="checkbox"/>	II. Láminas de Zinc, Aluminio, Hierro o Asbesto <input type="checkbox"/>	II. Hierro, Vidrio, Asbesto, Zinc, Bloques de Arcilla o Cemento Huecos y Bloques de Ventilación <input type="checkbox"/>
III. Madera <input type="checkbox"/>	III. Madera, Láminas no Combustibles, Doble Armazón de Madera o Cañas, Láminas Tratadas con Aislantes Combustibles <input type="checkbox"/>	III. Madera, Bahareque, Caña, Láminas de Aluminio, Cartón Prensado, Madera Comprimida y Similares <input type="checkbox"/>

**SISTEMA DE SEGURIDAD Y VIGILANCIA**

Rejas en: Ventanas  Puertas  Vitrinas  Claraboyas u otras aperturas  Puertas con: Cilindro  Protección   
 otros: \_\_\_\_\_ otros: \_\_\_\_\_

**SISTEMA DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA INCENDIO**

Extintores Si  No  Hidrantes Internos Si  No   
 Con Propulsión Propia  Sin Propulsión Propia   
 Sistemas de Alarma Si  No  Hidrantes Públicos Si  No   
 Distancia aprox \_\_\_\_\_ mts. Estación de Bomberos Dist. \_\_\_\_\_ Mts. Tiempo \_\_\_\_\_ min

**SISTEMA DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA ROBO**

¿Tiene conectado Sistemas de Alarma? Si  No  ¿Tiene contrato de Mantenimiento? Si  No   
 Sin conexión a Ofic. Control  Sin conexión a Ofic. Control   
 En caso Afirmativo, indique Empresa: Vigencia: \_\_\_\_\_ ¿Tiene conectado Sistemas de Vigilancia? Si  No  ¿Con Reloj Control? Si  No   
 ¿Armada? Si  No  Nombre de la Empresa: \_\_\_\_\_  
 Las 24 Horas  No menos de 8 Horas

**V. INTERESES A ASEGURAR**

Bienes	Valores a Riesgo	Primer Riesgo Relativo		
		Incendio	Terremoto	Robo
Edificaciones		%	%	%
Mobiliario		%	%	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Maquinarias		%	%	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Instalaciones		%	%	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Mercancías		%	%	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Suministros		%	%	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Equipos Electrónicos		%	%	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Mejoras o Bienechurías		%	%	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Otros		%	%	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Primer Riesgo Absoluto % del Total de Valores a Riesgo				

VI. COBERTURAS			
COBERTURAS BÁSICAS		LÍMITES	
Incendio, rayo, explosión, impacto de aeronaves u objetos desprendidos de estos, agua u otros agentes de extinción, humo, huracán, ventarrón o tempestad, impactos de vehículos, gastos por demolición, remoción o limpieza de escombros, honorarios de arquitectos, tipógrafos e ingenieros, reconstrucción de archivos, perdidas indirectas (Hasta el 15%)		Según modalidades indicadas en la declaración de los valores a riesgo	
COBERTURAS OPCIONALES		Si	No
Robo, asalto o atraco			
Motín, disturbios laborales y daños maliciosos			
Terremoto o temblor de tierra			
Daños por agua			
Inundación: Distancia de quebrada, río o mar más cercano: _____			
Rotura de vidrios y anuncios (Dar detalle de sección V)			
Deterioro de bienes registrados Periodo de carencia: __ Horas: __ N° de Cavas: __ N° de compresores por cava __ Planta Eléctrica de emergencia: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Perdidas Indirectas (En exceso al 10% incluido en la cobertura básica)			
Pérdida de renta			
Daños internos de maquinarias (Dar detalles en sección V) Existe taller de mantenimiento propio Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cantidad de técnicos especializados para ejecutar revisiones y reparaciones:			
Daños internos de equipos electrónicos (Dar detalles en sección V) Los equipos son propios: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Son operados por: Propietario <input type="checkbox"/> Personal Especializado <input type="checkbox"/> Otros empleados <input type="checkbox"/> Protección eléctrica: Protector de picos <input type="checkbox"/> Estabilizador de Voltaje <input type="checkbox"/> El mantenimiento es efectuado por: _____			
<b>Gastos Adicionales por interrupción de las Operaciones del Sistema Electrónico</b> <b>Pérdidas o Daños a Portadores Externos de Datos ( Hasta el 5 % de los valores totales de los equipos de computación)</b>			
Mercancía en tránsito: Datos del vehículo transportador: Marca: _____ Modelo: _____ Placa: _____ Año: _____ El chofer lleva ayudante: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Volumen estimado Anual: _____ Mercancía Predominante: _____			
Fidelidad: N° de Empleados: _____ Colusión/ Año Póliza: _____			
Dinero en Local: Tiene caja fuerte: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Empotrada <input type="checkbox"/> Movable <input type="checkbox"/> Con Combinación <input type="checkbox"/> Llave <input type="checkbox"/> Otros: _____ * En horas laborales Indique, Marca: _____ Modelo: _____ Peso: _____ Medidas: _____ tiene caja registradora: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿ Cuantas? _____ * En caja fuerte (24 horas) * En caja registradora (24 horas)			
Dinero en transito: Distancia Aprox. Entre el Banco y el local: _____ Frecuencia de Depósitos Bancarios Utiliza custodia: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Que tipo?: _____			
Falsificación			
R.C. Predio y Operaciones: Indique monto de los ingresos brutos anuales: _____			
R.C Locativo			
R.C. de Vecinos			
R.C. Productos			
Responsabilidad Empresarial: N° Promedio de Empleados u Obreros: _____ Horario de trabajo: _____			
Medidas de Seguridad de la Empresa: _____ Volumen estimado anual de la nomina: _____			
Asistencia al comercio: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			

**VII. DESCRIPCIÓN DE LOS BIENES**

**ROTURA DE VIDRIOS Y ANUNCIOS**

Descripción	Medida (mts)	Material	Suma Asegurada	Ubicación	
	Largo x ancho x espesor			Interior o Exterior	P.B o Pisos Superiores

**MAQUINARIAS (Cobertura de Robo)**

Descripción	Marca, Capacidad, Modelo, Seriales	Año	Suma Asegurada

**MAQUINARIAS (Coberturas de Daños internos)**

Descripción	Marca, Capacidad, Modelo, Seriales	Año	Suma Asegurada

**EQUIPOS ELETRÓNICOS**

Descripción	Marca, Capacidad, Modelo, Seriales	Año	Suma Asegurada

**VIII. INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA**

Cantidad de Socios: Y/O Accionistas e indique nombres de los que estén facultados para obligar a la Empresa (Señale si conjuntamente o separadamente):


¿Se llevan los libros de contabilidad de acuerdo a la ley? Si  No  ¿Donde se guardan los libros?

Fecha de ultimo inventario: / / Resultado del inventario: Mercancías Mobiliario enseres: Maquinaria:

Referencias: Bancarias: Comerciales: Personales:

**IX. SEGURO SOBRE LOS MISMOS BIENES**

Vigentes				Anteriores	
Compañía de Seguros	Sumas Aseguradas	Póliza N <sup>a</sup>	Vencimiento	CÍA de Seguros	Póliza N <sup>a</sup>

Solicitudes rechazadas: Compañías: Fechas:

**HISTORIA PREVIA DE SINIESTROS**

Naturaleza de los Daños	Fecha	Si estuvo Asegurado		Monto de la Pérdida	Precauciones Adoptadas
		Compañía de Seguros	Nº de Pólizas		

**OBSERVACIONES**

Yo, EL TOMADOR, doy fe que el dinero utilizado para el pago de prima del presente seguro proviene una fuente lícita y no tiene relación alguna con capitales, bienes, haberes o beneficios derivados de las actividades ilícitas o de los delitos de Legitimación de Capitales previstos en la Ley Orgánica Contra la Delincuencia Organizada.

\_\_\_\_\_  
Nombre y Código del Productor

\_\_\_\_\_  
Firma del Productor

\_\_\_\_\_  
Firma del Tomador  
C.I. N°

\_\_\_\_\_  
Firma del Asegurado Propuesto  
C.I. N°

Lugar: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_