



Fecha: / /

Vigencia solicitada:

Desde / / Hasta / /

## SOLICITUD DE SEGUROS PÓLIZA DE SEGURO DE EQUIPOS ELECTRÓNICOS

Con el deseo de suscribir un Seguro de EQUIPOS ELECTRÓNICOS, 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 consideran 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"/>					

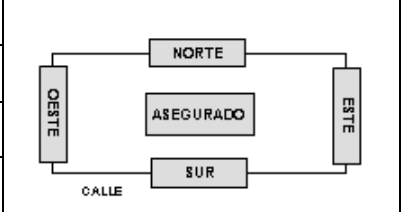
**LINDEROS DEL INMUEBLE:** Indique claramente la índole de las actividades ejercidas en los inmuebles colindantes o terrenos a edificar, inmuebles desocupados, invadidos, obras en demolición o en construcción y tipo de comunicación (Contigua o No)

Norte: \_\_\_\_\_

Sur: \_\_\_\_\_

Este: \_\_\_\_\_

Oeste: \_\_\_\_\_



**TIPO DE CONSTRUCCIÓN Y SUS MATERIALES DONDE SE ENCUENTRA EL RIESGO**

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"/>

**SISTEMAS DE SEGURIDAD Y VIGILANCIA**

**Rejas en:** Ventanas  Puertas  Vitrinas  Claraboyas y otras Aperturas  Otros

**Puertas con:** Cilindro  Protección  Otros

**SISTEMA DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA INCENDIO**

Extintores: Sí  No       Hidrantes Internos: Sí  No   
 Con Propulsión Propia  Sin Propulsión Propia

Sistemas de Alarma: Sí  No       Hidrantes Públicos: Sí  No   
 Distancia aprox: \_\_\_\_\_ Mts.      Estación de Bomberos: Dist. \_\_\_\_\_ Mts. Tiempo \_\_\_\_\_ min

**SISTEMA DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA ROBO**

¿Tiene conectado Sistemas de Alarma? Sí  No       ¿Tiene contrato de Mantenimiento? Sí  No       En caso Afirmativo, indique Empresa \_\_\_\_\_

Sin conexión a Ofic. Control  Sin conexión a Ofic. Control

En caso Afirmativo, indique Empresa: Vigencia: \_\_\_\_\_      ¿Tiene conectado Sistemas de Vigilancia? Sí  No       ¿Con Reloj Control? Sí  No

¿Armada? Sí  No       Nombre de la Empresa: \_\_\_\_\_  
 Las 24 Horas  No menos de 8 Horas

**V. INTERESES A ASEGURAR**

Descripción del Equipo Tipo, Nro. de Fabricante, Tensión y Potencia	Tipo y Nro. de Serie	Año del Equipo	Nombre del Fabricante	Valor de Reposición
<b>Suma Total a Asegurar</b>				

VI. COBERTURAS					
RIESGOS CUBIERTOS			LÍMITES		
Las pérdidas o daños de los Bienes Asegurados, por cualquier causa accidental, súbita e imprevista, que no esté expresamente excluida en esta Póliza			El valor a reposición indicado en la sección V, para cada uno de los bienes a asegurar		
COBERTURAS ADICIONALES OPCIONALES			SUMA ASEGURADA		
Anexo de Cobertura de Terremoto					
Anexo de Cobertura por Incremento en el Costo de la Operación					
Anexo de Cobertura para Portadores Externos de Datos					
VII. OTROS					
Los Equipos se encuentran en: Un Solo Lugar Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> en Varios Lugares Fijos Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
De detalle al respecto de su ubicación, Edif, Piso:					
Limitado al personal de procesamiento de datos: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Identificación de Seguridad Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
Existe Contrato de Mantenimiento. De detalle en caso afirmativo, tales como tipo de Contrato, Inspecciones periódicas: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
El transporte se realiza normalmente por vía: Terrestre Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Fluvial Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Lacustre Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Marina Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Aérea Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
¿Usted considera que existe alguna circunstancia o peligro especial, por ejemplo, por el sitio, el tipo de trabajo y/u otra causa? En caso afirmativo dé detalle Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
VIII. SEGURO SOBRE LOS MISMOS INTERESES					
Vigentes				Anteriores	
Compañía de Seguros	Sumas Aseguradas	Póliza N°	Vencimiento	CÍA de Seguros	Póliza N°
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	N° de Pólizas		
OBSERVACIONES					

## DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE

Declaro (en nombre de mi representado) bajo juramento que la información suministrada es exacta, sin omisión de ningún detalle, hecho o circunstancia con el propósito de disminuir o aminorar la gravedad del riesgo o con la intención de cambiar su objeto. Autorizo la verificación de la misma, así como a suministrar información a terceros para fines de evaluación de riesgo. Queda entendido que la presente solicitud no otorga cobertura provisional, ni implica compromiso de aceptar la cotización de la Compañía”.

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 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_