

**SOLICITUD DE SEGUROS
DE INCENDIO****I. DATOS DE LA SOLICITUD**

| | | | |
|----------------|--------------------------------|------------------------------------|---|
| Póliza Numero: | Sucursal: | Fecha de Solicitud: / / | Fecha de Vigencia: Desde: / / Hasta: / / |
| Forma de pago: | Anual <input type="checkbox"/> | Semestral <input type="checkbox"/> | Mensual <input type="checkbox"/> |
| | | | Semanal <input type="checkbox"/> |

II. DATOS DEL TOMADOR

| | | |
|--|---|---|
| Apellidos y Nombres: | C.I / Pasaporte: V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> | Fc. de Nac./ Registro CIA.: / / |
| Estado Civil: Soltero <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> | Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> | Lugar de Nacimiento: Estado: N° Registro: |
| Profesión u Oficio: | Actividad Profesional: Comercial <input type="checkbox"/> Industrial <input type="checkbox"/> Gubernamental <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> | Especifique: |
| Relación Laboral: Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> | Ingreso Promedio Anual: Bs.F | Patrimonio: Bs.F |
| Otro: | | |
| Dirección de Habitación: Estado: | Ciudad: | Urbanización: |
| <input type="checkbox"/> Av.: <input type="checkbox"/> Transversal: <input type="checkbox"/> Calle: | <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Quinta <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Centro Comercial <input type="checkbox"/> Torre: | |
| <input type="checkbox"/> Piso : <input type="checkbox"/> Nivel: | <input type="checkbox"/> Apto. <input type="checkbox"/> Oficina: | Teléfono: Celular: Zona Postal: |
| Dirección de Oficina: Estado: | Ciudad: | Urbanización: |
| <input type="checkbox"/> Av. <input type="checkbox"/> Transversal: <input type="checkbox"/> Calle: | <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Quinta <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Centro Comercial <input type="checkbox"/> Torre: | |
| <input type="checkbox"/> Piso : <input type="checkbox"/> Nivel: | <input type="checkbox"/> Apto. <input type="checkbox"/> Oficina: | Teléfono: Celular: Zona Postal: |
| Dirección de Correo (E-mail) | Indicar Dirección de Cobro: Habitación <input type="checkbox"/> Oficina <input type="checkbox"/> | |

III. DATOS DEL TOMADOR PERSONA JURÍDICA

| | | |
|--|---|-------------------------------------|
| Apellidos y Nombres: | C.I / Pasaporte/ RIF N°.: V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> | F.c. de Nac./ Registro CIA.: / / |
| Estado Civil: Soltero <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> | Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> | Lugar de Nacimiento: Estado: |
| Profesión u Oficio: | Actividad Profesional: Comercial <input type="checkbox"/> Industrial <input type="checkbox"/> Gubernamental <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> | Especifique: |
| Nombre del Registro Mercantil: | Circunscripción Judicial | Fecha: Número: Tomo: |
| Nombre del Representante Legal: | Cargo que desempeña: | |
| Relación de Laboral: Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> | Ingreso Promedio Anual: Bs.F | Patrimonio: Bs.F |
| Otro: | | |
| Dirección de Habitación: Estado: | Ciudad: | Urbanización: |
| <input type="checkbox"/> Av. <input type="checkbox"/> Transversal: <input type="checkbox"/> Calle: | <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Quinta <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Centro Comercial <input type="checkbox"/> Torre: | |
| <input type="checkbox"/> Piso : <input type="checkbox"/> Nivel: | <input type="checkbox"/> Apto. <input type="checkbox"/> Oficina: | Teléfono: Celular: Zona Postal: |

IV. DATOS DEL ASEGURADO PROPUESTO

| | | |
|--|--|---|
| Apellidos y Nombres: | C.I / Pasaporte/ RIF N°.: V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> | F.c. de Nac./ Registro: / / |
| Estado Civil: Soltero <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> | Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> | Lugar de Nacimiento: Estado: N° Registro: |

| | | | | | |
|---|--|--|---|-------------------------------|----------------------|
| Profesión u Oficio: | | Actividad Profesional: Comercial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Industrial <input type="checkbox"/> Gubernamental <input type="checkbox"/> | | | |
| Relación de Laboral: Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> | | Ingreso Promedio Anual: | | Patrimonio: | |
| Socio <input type="checkbox"/> Otro: | | Bs.F | | Bs.F | |
| Dirección de Habitación: | | | Ciudad: | | Urbanización: |
| Estado: | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Av. <input type="checkbox"/> Transv. | | <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Quinta <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Torre | | Zona Postal: | |
| <input type="checkbox"/> Calle: | | <input type="checkbox"/> Centro Comercial | | | |
| <input type="checkbox"/> Piso : | <input type="checkbox"/> Apto. | Teléfono: | | Dirección de Correo (E-mail) | |
| <input type="checkbox"/> Nivel: | <input type="checkbox"/> Oficina: | | | | |
| V. INDOLE DEL NEGOCIO | | | | | |
| Índole del Negocio: Comercial <input type="checkbox"/> Industrial <input type="checkbox"/> | | | | | |
| VI. DATOS DEL RIESGO | | | | | |
| | V.R.T.A. | | % Riesgo | | Suma Asegurada Bs. F |
| Maquinarias y Equipos Industriales | | | | | |
| Instalaciones | | | | | |
| Mobiliario, enseres y útiles | | | | | |
| Suministros | | | | | |
| Efectos Personales | | | | | |
| Edificaciones | | | | | |
| Valores Reales Total a Asegurar | | | | | |
| Existencia de mercancías propias, productos elaborado o en proceso de elaboración, bien sean propios o en consignación o adquiridos a condición | | | | | |
| VII. UBICACIÓN DEL INMUEBLE | | | | | |
| Dirección de Habitación: | | Ciudad: | | Urbanización: | |
| Estado: | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Av. <input type="checkbox"/> Transversal | <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Quinta <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Centro Comercial | Zona Postal | | | |
| <input type="checkbox"/> Calle: | <input type="checkbox"/> Torre: | | | | |
| <input type="checkbox"/> Piso : | <input type="checkbox"/> Apto. | Teléfono: | | Dirección de Correo (E-mail): | |
| <input type="checkbox"/> Nivel: | <input type="checkbox"/> Oficina: | | | | |
| VIII. COLINDANTES DEL RIESGO | | | | | |
| Norte: | | | Este: | | |
| Sur: | | | Oeste: | | |
| IX. CONSTRUCCIÓN DEL EDIFICIO | | | | | |
| Techos de : | | | Paredes de : | | |
| Puertas y Ventanas: | | | Sobre armazón de: | | |
| Pisos de: | | | Nº de Pisos del Edificio: | | |
| Entrepisos de: | | | Tiene Sótano: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | |
| Mezzanina (s) | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Nº de Mezzaninas: | | |

X. OCUPANTES Y CO-OCUPANTES DEL RIESGO

| |
|--|
| |
| |
| |

XI. SUSTANCIAS Y/O EFECTOS PELIGROSOS (CANTIDADES MÁXIMAS)

| |
|--|
| Detalle: |
| |
| |
| Es inherente la actividad ejercida por cualquier ocupante del edificio la existencia de la sustancia y/o efectos peligrosos mencionados? |
| |

XII. OTROS DATOS DEL RIESGO

| | |
|--|--------------------------|
| Propietario del Edificio | Antigüedad del Edificio: |
| Existe comunicación entre los Edificios colindantes: | |
| | |
| Se hacen uso de cocinas, reverberos u otros aparatos que utilizan gasolina, kerosén? | |
| Cuantos: | Cuales: |

XIII. SEGURIDAD DEL LOCAL

| | | | | |
|--|---|---|--|--|
| Describa detalladamente el local: | | | | |
| | | | | |
| Protección Externa del Local: | | | | |
| | | | | |
| Protección interna del Local: | | | | |
| | | | | |
| Sistema de Alarmas: | Manual <input type="checkbox"/> | Automático <input type="checkbox"/> | Año de Instalación: | |
| Modelo: | Marca: | Tipo: | | |
| Contrato de Mantenimiento: | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Vigencia del Contrato : | Desde / / Hasta / / | |
| Empresa: | Cuantas veces se realiza revisión del Sistema: | | | |
| El sistema esta conectado a organismos policiales: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cuales: | | | | |
| | | | | |
| Tiene Vigilancia: | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | En caso afirmativo,indicar: | Con reloj <input type="checkbox"/> Sin reloj <input type="checkbox"/> | |
| Brigada contra incendio: | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | En caso afirmativo,indicar: | Profesional <input type="checkbox"/> No Profesional <input type="checkbox"/> | |
| Sistemas de Extinción: Fijo <input type="checkbox"/> Portátil <input type="checkbox"/> | | | | |
| Halon <input type="checkbox"/> | Bióxido de Carbono <input type="checkbox"/> | Rociadores Automáticos <input type="checkbox"/> | Polvo Químico Seco <input type="checkbox"/> | Espuma <input type="checkbox"/> |
| Agua <input type="checkbox"/> | Con una fuente de Agua <input type="checkbox"/> | Pulverizada <input type="checkbox"/> | Rociadores Abiertos <input type="checkbox"/> | Hidratantes Externo <input type="checkbox"/> |
| Si usa sustancias peligrosas, explosivas o inflamables, indique naturaleza: | | | | |
| Cantidad promedio por existencia: (Kgrs o Lítros). | | | | |
| Indique donde los almacena: | | | | |
| Indique los sistemas de alarma o extinción que tiene el sitio de almacenaje: | | | | |

XIV. ALMACENAJE

Tarima Estante Metálica Madera Arrume Suelo Pasillos Otro

Detalle:

XV. CABLEADO

Cables sueltos Interruptores En cajas con puertas Fusibles Embutidos Cuchillas Brecker

Otros Detalle:

XVI. COBERTURAS ADICIONALES

| | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| Motín, Disturbios Populares, Disturbios Laborales y Daños Maliciosos | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Rotura de Vidrios y Anuncios | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Extensión de Cobertura | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Terremoto o Temblor de Tierra | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Bienes Refrigerados y Congelados | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Daños por Inundación | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Daños por Agua | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Pérdidas Indirectas | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

Otros:

XVII. PARA USO DE LA EMPRESA

Datos de la Solicitud: Completa Incompleta Peritaje realizado : Si No

Las copias de los siguientes recaudos adicionales son obligatorios de acuerdo a lo establecido en la providencia N° 000514 de fecha 18 de Febrero de 2011 sobre las Normas sobre Prevención, Control, y Fiscalización de los Delitos de Legitimación de Capitales y el Financiamiento al Terrorismo, en la Actividad Asegurador.

Persona Natural y Representantes Legales Residentes en el País

Cédula de Identidad Vigente

Persona Natural y Representantes Legales No Residentes en el País

Pasaporte Vigente

Personas Jurídicas Residentes en el País.

- Registro de Información Fiscal (R.I.F)
- Documento Constitutivo de la Empresa.
- Estatutos Sociales
- Modificaciones de Estatutos Sociales.

En caso de Personas Jurídicas No Residenciadas en el país, deberán consignar los documentos antes mencionados debidamente legalizados en el Consulado de la República Bolivariana de Venezuela en el respectivo país y traducidos por un intérprete legal público al idioma castellano.

Otros recaudos solicitados Especifique:

Autorizado por:

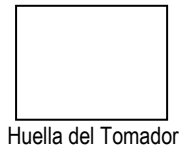
Fecha:

XVIII. DECLARACIÓN JURADA DE ORIGEN Y DESTINO DE FONDOS

“Yo, el tomador en mi carácter de Asegurado Propuesto 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 el suministrar información a terceros para fines de evaluación del riesgo. Queda entendido que la presente solicitud no otorga cobertura provisional. La cobertura otorgada entrara en vigor una vez que sea aprobada la solicitud por la Empresa de Seguros. Y yo, _____, C.I. N° _____, el Tomador de la Póliza o en representación del Tomador (Persona Jurídica, con el RIF N° _____), doy fe que el dinero utilizado para el pago de la prima de la Póliza suscrita, bien sea en efectivo, divisas, cheques, transferencias, bonos, u otro medio de pago, provienen de operaciones lícitas, relacionadas con estricta observación a la Legislación Nacional y por lo tanto no tiene relación alguna con bienes, haberes, valores, títulos, capitales o sus excedentes, o beneficios derivados de las actividades ilícitas o de los delitos de legitimación de capitales previstos en la Ley Orgánica contra la Delincuencia Organizada”

En la Ciudad: _____ a los _____ del mes de _____ de _____

Firma del Tomador



Firma del Propuesto Asegurado Propuesto



Productor

Código

Firma