

I. DATOS DE LA SOLICITUD

Póliza Número	Sucursal:	Fecha de Solicitud:	Fecha de Vigencia: Desde: Hasta:
---------------	-----------	---------------------	-------------------------------------

II. DATOS DEL TOMADOR

Apellidos y Nombres / Razón Social	Cédula de Identidad / Pasaporte / RIF <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> G
------------------------------------	--

Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Lugar y Fecha de Nacimiento	Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo
---	-----------------------------	---

Nº Registro Mercantil	Fecha de Registro	Lugar de Registro	Fecha de Inscripción	Fecha Última Modificación
-----------------------	-------------------	-------------------	----------------------	---------------------------

Actividad Económica <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Gubernamental <input type="checkbox"/> Comercial (Indique Ramo):	Profesión	Ocupación
--	-----------	-----------

Descripción de la Actividad <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> Otra - Especifique:

Productos o servicios que ofrece	Ingreso Promedio Anual Bs.
----------------------------------	----------------------------

Dirección de Residencia	Estado	Ciudad	Urbanización	<input type="checkbox"/> Avenida <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Transversal
--------------------------------	--------	--------	--------------	--

<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"/> Apartamento <input type="checkbox"/> Oficina	Zona Postal
---	--	---	-------------

Teléfonos	Email
-----------	-------

Dirección de Trabajo	Estado	Ciudad	Urbanización	<input type="checkbox"/> Avenida <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Transversal
-----------------------------	--------	--------	--------------	--

<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"/> Apartamento <input type="checkbox"/> Oficina	Zona Postal
---	--	---	-------------

Teléfonos	Email
-----------	-------

Dirección de cobro: <input type="checkbox"/> Habitación <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otra - Indique:
--

III. DATOS DEL ASEGURADO PROPUESTO

Apellidos y Nombres / Razón Social	Cédula de Identidad / Pasaporte / RIF <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> G
------------------------------------	--

Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Lugar y Fecha de Nacimiento	Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo
---	-----------------------------	---

Nº Registro Mercantil	Fecha de Registro	Lugar de Registro	Fecha de Inscripción	Fecha Última Modificación
-----------------------	-------------------	-------------------	----------------------	---------------------------

Actividad Económica <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Gubernamental <input type="checkbox"/> Comercial, indique Ramo:	Profesión	Ocupación
---	-----------	-----------

Descripción de la Actividad <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> Otra, especifique:
--

Productos o servicios que ofrece	Ingreso Promedio Anual Bs.
----------------------------------	----------------------------

Dirección de Residencia	Estado	Ciudad	Urbanización	<input type="checkbox"/> Avenida <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Transversal
--------------------------------	--------	--------	--------------	--

<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"/> Apartamento <input type="checkbox"/> Oficina	Zona Postal
---	--	---	-------------

Teléfonos	Email
-----------	-------

Dirección de Trabajo	Teléfonos
-----------------------------	-----------

IV. DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL RIESGO A ASEGURAR

Apellidos y Nombres / Razón Social			Cédula de Identidad / Pasaporte / RIF <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> G		
Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Lugar y Fecha de Nacimiento		Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo		
Nº Registro Mercantil	Fecha de Registro	Lugar de Registro	Fecha de Inscripción	Fecha Última Modificación	
Actividad Económica <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Gubernamental <input type="checkbox"/> Comercial, indique Ramo:			Profesión	Ocupación	
Descripción de la Actividad <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> Otra, especifique:					
Productos o servicios que ofrece			Ingreso Promedio Anual Bs.		
Dirección de Residencia	Estado	Ciudad	Urbanización	<input type="checkbox"/> Avenida <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Transversal	
<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"/> Apartamento <input type="checkbox"/> Oficina	Zona Postal
Teléfonos			Email		
Dirección de Trabajo			Teléfonos		

V. DATOS DE UBICACIÓN DEL RIESGO A ASEGURAR

Índole del Riesgo <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Industrial <input type="checkbox"/> Residencial		Tipo de Comercio o Industria (si aplica)		Mercancía Predominante (si aplica)	
Dirección de Oficina	Estado	Ciudad	Urbanización		
<input type="checkbox"/> Piso <input type="checkbox"/> Nivel	<input type="checkbox"/> Apartamento <input type="checkbox"/> Oficina		Zona Postal	Teléfonos	
Uso del Edificio/Casa/Galpón: <input type="checkbox"/> Comercio <input type="checkbox"/> Industria <input type="checkbox"/> Vivienda <input type="checkbox"/> Mixto					
Explique:					

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:	

VI. INTERESES A ASEGURAR

Bienes a Asegurar	Suma Asegurada Bs.	Valor Total Bs.
Totales		

VII. COBERTURAS

Riesgos Cubiertos	Límites
Incendio; impacto de rayo; humo, hollín, gases corrosivos; daños por agua, humedad; robo, asalto o atraco y la tentativa de cometer tales actos; caída de aeronaves e impacto de vehículos propiedad de terceros.	

VIII. SEGUROS SOBRE LOS MISMOS BIENES

Vigentes				Anteriores	
Compañía de Seguros	Suma Asegurada Bs.	Póliza N°	Vencimiento	Compañías de Seguros	Póliza N°

Solicitudes rechazadas

Compañías	Fechas

Historia Previa de Siniestros

Naturaleza de los daños	Fecha	Si estuvo Asegurado		Monto de la Pérdida Bs.	Precauciones adoptadas
		Compañía de Seguros	N° Póliza		

Observaciones

IX. FORMA DE PAGO
 Anual Mensual Trimestral Semestral
X. DATOS DE LA DOMICILIACIÓN

En caso del pago de la prima con alguna de sus tarjetas de débito o de crédito, o cuenta de ahorro y/o cuenta corriente, señale con cual autoriza el pago y las renovaciones futuras:

Banco: _____ Nro. Cuenta: _____ Tipo de cuenta: Ahorro Corriente

Tipo de Tarjeta:
 Débito Visa Máster American Express Diners Club

N° Tarjeta: _____
 Fecha de Vencimiento: _____

XI. RECAUDOS ADICIONALES

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 de Prevención, Control y Fiscalización de los Delitos de Legitimación de Capitales y Financiamiento al Terrorismo, en la actividad aseguradora:

Tomador y/o Asegurado
 Formulario de Solicitud debidamente completada en todas sus partes y firmada
Persona Natural y Representante Legal Residente en el País
 Fotocopia de la Cédula de Identidad vigente
Persona Natural y Representante Legal No Residente en el País
 Fotocopia del Pasaporte vigente
Persona Jurídica Residente en el País

- Registro Único de Información Fiscal (RIF)
- Documento constitutivo de la empresa
- Estatutos Sociales
- Modificaciones de Estatutos Sociales

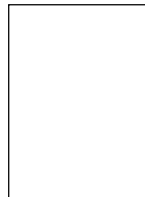
En caso de Persona Jurídica No Residenciada en el país, deberán consignar los documentos antes mencionados, debidamente legalizados en el Consulado de la República Bolivariana de Venezuela en el respectivo país y traducidos por un intérprete legal público al idioma castellano.

XII. DECLARACIÓN JURADA DE ORIGEN Y DESTINO DE FONDOS

Yo, el Tomador, en mi carácter de Propuesto Asegurado, declaro 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 entrará 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 proviene de fuente lícita y por lo tanto, no tiene relación alguna con dinero, capitales, bienes, haberes, valores o títulos productos de las actividades o acciones derivadas de operaciones ilícitas relacionadas, con estricta observación a la Legislación Nacional.

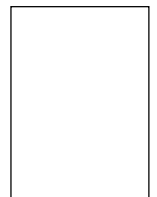
En la ciudad de _____, a los ____ del mes de _____ del año _____

Firma del Tomador



Huella Dactilar
Pulgar Derecho

Firma del Propuesto Asegurado Titular



Huella Dactilar
Pulgar Derecho

INTERMEDIARIO DE SEGUROS

Nombres y Apellidos

Código

Firma