



Fecha: / /

Vigencia solicitada:

Desde / / Hasta / /

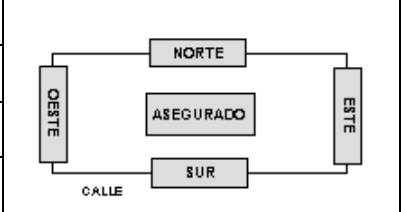
SOLICITUD DE SEGUROS PÓLIZA DE SEGURO DE EQUIPO DE CONTRATISTA

Con el deseo de suscribir un Seguro de EQUIPO DE CONTRATISTA 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"/> J <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: _____



V. INTERESES A ASEGURAR

Descripción del Equipo	Tipo y Nro de Serie	Año del Equipo	Nombre del Fabricante	Valor de Reposición

VI. COBERTURAS

RIESGOS CUBIERTOS	LÍMITES
Las pérdidas o daños directos producidos a las maquinarias o equipos objeto de este seguro, propiedad del Asegurado, por cualquier causa accidental externa, 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
Responsabilidad Civil por Daños.	
Responsabilidad Civil por Lesiones	
Gastos adicionales para flete aéreo.	
Gastos Adicionales por Horas Extras, Trabajo Nocturno y en Días Feriados.	
Pérdidas o daños por Motín, Huelga y Conmoción Civil.	

VII. OTROS

Trabaja los equipos a asegurar en un lugar específico? En caso afirmativo, indicar lugar y denominación de la obra Si No

Horas normales de trabajo del equipo durante el día: _____

Días laborables al año: _____

Dispone de los medios para realizar: Reparaciones menores Reparaciones Mayores Revisiones completas

El equipo es sometido a mantenimiento periódicamente? No Si Frecuencia: _____

El equipo opera en un sitio específico? o en varios sitios? Detalle: _____

En: Terreno llano Terreno ondulado Terreno montañoso

Montaña agrestes, cañones y lugares donde se construyen presas

Áreas expuestas a daños por agua, inundación, aludes, caídas de rocas o deslizamiento de tierra? Si No

El transporte se realiza normalmente por vía: Terrestre Si No Fluvial Si No
 Lacustre Si No Marina Si No
 Aérea Si No

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

Si No

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 ____/____/____