

I. DATOS DE LA SOLICITUD

N° Póliza	Sucursal	Fecha de Solicitud	Fecha de Vigencia Desde	Hasta
-----------	----------	--------------------	----------------------------	-------

II. DATOS DEL TOMADOR

Apellidos y Nombres / Razón Social (Si es Persona Jurídica)	Cédula de Identidad / Pasaporte N° / 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
---	-----------------------------	---

N° 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 Anual Promedio 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: Habitación Trabajo Otra - Indique:

III. DATOS DEL ASEGURADO PROPUESTO

Apellidos y Nombres / Razón Social (Si es Persona Jurídica)	Cédula de Identidad / Pasaporte N° / 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
---	-----------------------------	---

N° 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	Ingreso Anual Promedio Bs.
-----------------------------	-----------	----------------------------

IV. DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL RIESGO A ASEGURAR

Apellidos y Nombres / Razón Social (Si es Persona Jurídica)			Cédula de Identidad / Pasaporte N° / 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		
N° 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 Anual Promedio 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	Ingreso Anual Promedio Bs.	

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:					

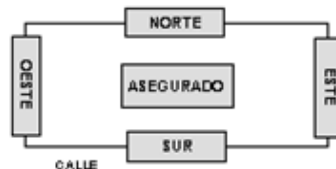
Linderos del Inmueble: Indique claramente la índole de las actividades ejercidas en los inmuebles colindantes o terrenos a edificar, inmuebles desocupados, invadidos, obras en demolición o en construcción y tipo de comunicación (contigua o no).

Norte:

Sur:

Este:

Oeste:



VI. COBERTURAS

BASICAS (Predios y Operaciones)		MONTO DE LA SUMA ASEGURADA	
Lesiones Corporales: Solo para dos (02) Personas			
1.			
2.			
Daños Materiales			
Por accidente hasta un monto de:			
OPCIONALES		SI	NO
Riesgo Locativo			
Riesgo de Vecino			
Incendio y Explosión			
Ascensores, Elevadores, Cabrias, Grúas, Equipos Móviles y/o Montacargas			

Anuncios y Avisos Luminosos			
Transporte, Carga y Descarga			
Vigilantes Privados y/o Empresas de Vigilancia			
Defensa Penal y Asistencia Legal			
Garajistas			
Talleres			
Productos			
Profesional Médico			
Trabajos Terminados			

“El Tomador tiene la facultad de elegir libremente las coberturas opcionales que desee y en ningún caso estará obligado a tomarlas todas y cada una de ellas”

OTROS

Se realizan algunas actividades fuera de sus locales: Si No En caso afirmativo detalle:

Es usted: Fabricante Mayorista Minorista Otro (Detalle):

Cantidad de empleados que tiene la empresa: _____ Monto de la nómina actual Bs: _____

Monto de los ingresos brutos anuales: _____

La Empresa o Negocio que, produce o almacena

- 1. Sustancias Radioactivas Sí No
- 2. Explosivos o Mercancías Inflamables Sí No
- 3. Cualquier Afluente, Humo, Materia o Naturaleza Nociva Sí No

VII. SEGUROS SOBRE LOS MISMOS BIENES

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

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

VIII. FORMA DE PAGO

Anual Mensual Trimestral Semestral

IX. 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 _____ N° Cuenta _____ Tipo de cuenta Ahorro Corriente

Tipo de Tarjeta
 Débito Visa Máster American Express Diners Club

N° Tarjeta: _____
 Fecha de Vencimiento: _____

X. 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 para el pago de la prima, proviene de una fuente lícita y por lo tanto, no tiene relación alguna con dinero, capitales, bienes, haberes, valores o títulos producto de las actividades o acciones derivadas de operaciones ilícitas previstas en las Normas Sobre Prevención Control y Fiscalización de los Delitos de Legitimación de Capitales y el Financiamiento al Terrorismo, en la Actividad Aseguradora".

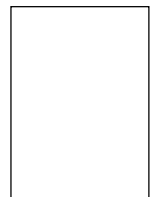
En la ciudad de _____, a los _____ del mes de _____ del año _____

Firma del Tomador



Huella Dactilar
Pulgar Derecho

Firma del Asegurado Propuesto Titular



Huella Dactilar
Pulgar Derecho

INTERMEDIARIO DE SEGUROS

Nombres y Apellidos

Código

Firma