

## 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

<b>Actividad Económica</b> <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.	

<b>Dirección de Residencia</b>	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	

<b>Dirección de Trabajo</b>	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		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

<b>Actividad Económica</b> <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.	

<b>Dirección de Residencia</b>	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
<b>Actividad Económica</b> <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.	
<b>Dirección de Residencia</b>	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 <input type="checkbox"/> Zona Postal
Teléfonos		Email		
<b>Dirección de Trabajo</b>			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)		
<b>Dirección de Oficina</b>	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.	Primer Riesgo (%)	Valor Total Bs.	Clase
<b>Totales</b>				

**VII. COBERTURAS**

Riesgos Cubiertos	Límites
Joyas y Pieles	
Instrumentos Musicales	
Artículos fotográficos	
Armas de Fuego	
Teléfonos Celulares	
Palos de Golf	
Instrumentos Científicos	
Hurto	
Bienes en Exhibición	

**VIII. INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA**

Llevan libros de contabilidad de acuerdo a Ley?  Sí  No

Donde guardan los libros? Última Fecha del Inventario

Resultado del Inventario:  Mercancías  Mobiliario Enseres  Maquinaria

Referencias:  Bancarias  Comerciales  Personales

**IX. 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****X. FORMA DE PAGO**

Anual  Mensual  Trimestral  Semestral

**XI. 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: \_\_\_\_\_

## XII. 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.

## XIII. 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.

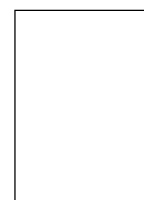
En la ciudad de \_\_\_\_\_, a los \_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Tomador



Huella Dactilar  
Pulgar Derecho

\_\_\_\_\_  
Firma del Propuesto Asegurado Titular



Huella Dactilar  
Pulgar Derecho

## INTERMEDIARIO DE SEGUROS

Nombres y Apellidos

Código

Firma