



Fecha: / /

Vigencia solicitada:

Desde / / Hasta / /

SOLICITUD DE SEGUROS PÓLIZA DE SEGURO DE ROTURA DE MAQUINARIA

Con el deseo de suscribir un Seguro de ROTURA DE MAQUINARIA 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 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:			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 del Negocio:		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: (si aplica)		Mercancía Predominante: (si aplica)	
Dirección del riesgo a asegurar:					
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"/>					

General

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 de detalle:

Si No

VII. SEGURO SOBRE LOS MISMOS INTERESES

				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 Perdida	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 ____/____/____