

### Datos del Tomador del Seguro y del Propuesto Asegurado

Tomador Persona Natural	Apellidos: _____	Nombres: _____	
	Cédula / Pasaporte: <u>V</u> ___ <u>E</u> ___ N° _____	R.I.F.: _____	Nacionalidad: _____
	Lugar y Fecha de Nacimiento: _____	Sexo: <u>F</u> ___ <u>M</u> ___	Estado Civil: <u>S</u> ___ <u>C</u> ___ <u>D</u> ___ <u>V</u> ___ <u>O</u> ___
	Profesión: _____	Ocupación u Oficio _____	
	Actividad Económica: <u>Industrial Comercial</u> ___ <u>Gubernamental</u> ___ <u>Otra</u> ___ Especifique: _____	Ingreso Promedio Anual: _____	
	La actividad comercial la realiza como: <u>Profesional Independiente</u> ___ <u>Socio</u> ___ <u>Empleado</u> ___		
	Dirección de Habitación: _____		
	Urbanización / Zona / Sector: _____	Estado: _____	N° Teléfono: _____
	Ciudad: _____	Municipio: _____	
	Dirección de Oficina: _____		
Urbanización / Zona / Sector: _____			
Estado: _____			
Ciudad: _____			
Municipio: _____			
N° Teléfono: _____			
N° Teléfono Celular: _____			
Dirección de Cobro: _____			
Urbanización / Zona / Sector: _____			
Estado: _____			
Ciudad: _____			
Municipio: _____			
N° Teléfono: _____			

Tomador Persona Jurídica	Denominación de la Razón Social: _____		R.I.F.: _____
	Siglas o Nombre Comercial: _____		Tipo de Persona: <u>Privada</u> ___ <u>Pública</u> ___
	Fecha Constitución: ___ / ___ / ___	Patrimonio: _____	N° Registro: _____
	Tomo: _____		
	Actividad Económica: <u>Industrial Comercial</u> ___ <u>Gubernamental</u> ___ <u>Otra</u> ___ Especifique: _____		
	Nombres y Apellidos Representante Legal o Persona Contacto: _____		
	Cédula / Pasaporte: <u>V</u> ___ <u>E</u> ___ N° _____		
	R.I.F.: _____		
	Nacionalidad: _____		
	Actividad Comercial: _____		
Dirección de Oficina: _____			
Urbanización / Zona / Sector: _____			
Estado: _____			
Ciudad: _____			
Municipio: _____			
N° Teléfono: _____			
N° Teléfono Celular: _____			
Dirección de Cobro: _____			
Urbanización / Zona / Sector: _____			
Estado: _____			
Ciudad: _____			
Municipio: _____			
N° Teléfono: _____			

Propuesto Asegurado Persona Natural	Apellidos: _____	Nombres: _____	
	Cédula / Pasaporte: <u>V</u> ___ <u>E</u> ___ N° _____	R.I.F.: _____	Nacionalidad: _____
	Lugar y Fecha de Nacimiento: _____	Sexo: <u>F</u> ___ <u>M</u> ___	Estado Civil: <u>S</u> ___ <u>C</u> ___ <u>D</u> ___ <u>V</u> ___ <u>O</u> ___
	Profesión: _____	Ocupación u Oficio _____	
	Actividad comercial: (si es comerciante indique el ramo): _____	Ingreso Promedio Anual: _____	
	La actividad comercial la realiza como: <u>Profesional Independiente</u> ___ <u>Socio</u> ___ <u>Empleado</u> ___		
	Dirección de Habitación: _____		
	Urbanización / Zona / Sector: _____	Estado: _____	N° Teléfono: _____
	Ciudad: _____	Municipio: _____	
	Dirección de Oficina: _____		
Urbanización / Zona / Sector: _____			
Estado: _____			
Ciudad: _____			
Municipio: _____			
N° Teléfono: _____			
N° Teléfono Celular: _____			

Propuesto Asegurado Persona Jurídica	Denominación de la Razón Social: _____		R.I.F.: _____
	Siglas o Nombre Comercial: _____		Tipo de Persona: <u>Privada</u> ___ <u>Pública</u> ___
	Fecha Constitución: ___ / ___ / ___	Patrimonio: _____	N° Registro: _____
	Tomo: _____		
	Actividad Económica: <u>Profesional</u> ___ <u>Comercial</u> ___ <u>Industrial</u> ___ Productos o servicios que ofrece: _____		
	Dirección _____		
	Urbanización / Zona / Sector: _____	Estado: _____	N° Teléfono: _____
	Ciudad: _____	Municipio: _____	Correo Electrónico: _____
	Dirección de Cobro: _____		
	Urbanización / Zona / Sector: _____	Estado: _____	N° Teléfono: _____
Ciudad: _____	Municipio: _____		
Nombres y Apellidos Representante Legal: _____			
Cédula / Pasaporte: <u>V</u> ___ <u>E</u> ___ N° _____			
R.I.F.: _____			
Nacionalidad: _____			
Correo Electrónico: _____			
N° Teléfono: _____			
N° Teléfono Celular: _____			

### Información General de la Póliza

Vigencia:	Desde: ___ / ___ / ___ (a las 12 m)	Fecha de Suscripción: ___ / ___ / ___	Frecuencia de Pago de la Prima: Anual ___ Semestral ___
	Hasta: ___ / ___ / ___ (a las 12 m)	Fecha de Movimiento: ___ / ___ / ___	Trimestral ___ Mensual ___
Sucursal: _____			Moneda: _____

### Información General del Riesgo

Anera	Destino y uso del inmueble: _____	
	Índole o Actividad: _____	Tipo de Riesgo: _____
	Tipo: <u>Industrial</u> ___ <u>No Industrial</u> ___ <u>Almacén/Depósito</u> ___ <u>Oficina</u> ___ <u>Otro</u> ___	

Ge

Ubicación del Riesgo: Indole o Actividad: \_\_\_\_\_ Tipo de Riesgo: \_\_\_\_\_  
 Estado: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_  
 Urbanización / Zona / Sector: \_\_\_\_\_ Avenida/Calle/Transversal: \_\_\_\_\_  
 Centro Comercial/Edificio/Casa/Local: \_\_\_\_\_ Piso/Nivel / Oficina / N° Apto. / Casa: \_\_\_\_\_  
 Linderos: Norte: \_\_\_\_\_ Sur: \_\_\_\_\_ Este: \_\_\_\_\_ Oeste: \_\_\_\_\_  
 N° Teléfono / Fax: \_\_\_\_\_ Relación del Inmueble con el Asegurado: \_\_\_\_\_

Materiales de Construcción del

Estructura: Concreto Armado \_\_\_\_\_ Hierro Revestido \_\_\_\_\_ Metálica sin revestimiento \_\_\_\_\_ Madera \_\_\_\_\_ Otro (especifique): \_\_\_\_\_  
 Techos: Concreto Armado, \_\_\_\_\_ Hierro Revestido \_\_\_\_\_ Láminas de Zinc, Aluminio, Hierro o Asbesto  
 Madera Láminas No Combustible \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_ (especifique): \_\_\_\_\_  
 Paredes: Ladrillo Macizo, Piedra, Concreto Armado \_\_\_\_\_ Hierro, Vidrio, Zinc \_\_\_\_\_ Madera, Bahareque, Láminas de Aluminio \_\_\_\_\_  
 Otro \_\_\_\_\_ (especifique): \_\_\_\_\_  
 Puertas: Hierro o Acero \_\_\_\_\_ Madera, Vidrio o Cristal \_\_\_\_\_ Láminas de Plástico \_\_\_\_\_ Puertas Tipo Multilock \_\_\_\_\_ Rejas Metálicas \_\_\_\_\_  
 Puerta con Reja Normal \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_ (especifique): \_\_\_\_\_  
 Ventanas: Con Rejas tipo Multilock \_\_\_\_\_ Con Reja Normal \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_ (especifique): \_\_\_\_\_  
 Construcciones especiales: \_\_\_\_\_

¿Requieren los equipos mantenimientos frecuentes según recomendación del fabricante: No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_, Cuáles \_\_\_\_\_

¿Quién efectúa el mantenimiento? \_\_\_\_\_

¿Quién o quiénes operan los equipos? \_\_\_\_\_

¿Los equipos son nuevos o usados? No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_, indique cuáles \_\_\_\_\_

Los equipos son : Propios \_\_\_\_\_ Alquilados \_\_\_\_\_ Cuáles \_\_\_\_\_

En caso de ser los equipos alquilados, adjuntar copia del contrato de alquiler.

¿Se utilizan en las inmediaciones materias peligrosas o inflamables? No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_, indique cuáles \_\_\_\_\_

Existe en las inmediaciones de los equipos: Cables de alta tensión \_\_\_\_\_ Tuberías de agua \_\_\_\_\_ Vapor \_\_\_\_\_ Gas \_\_\_\_\_ Otra \_\_\_\_\_, especifique: \_\_\_\_\_

¿Existe el peligro de inundación o anegación? No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_, especifique \_\_\_\_\_

Equipos de detección o extinción de incendio utilizados Detectores de humo \_\_\_\_\_ Detectores térmicos \_\_\_\_\_ Rociadores o sprinklers \_\_\_\_\_  
 Agua \_\_\_\_\_ Puertas incombustibles \_\_\_\_\_ Pulsadores manuales de alarma \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_, especifique \_\_\_\_\_

¿Existe una instalación de aprovisionamiento de energía sin interrupción o emergencia de la red? No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_

En caso de solicitar la cobertura opcional, Portadores Externos de Datos, indique el tipo de almacenaje: En estantería de madera \_\_\_\_\_  
 En armario de acero \_\_\_\_\_ En armarios de ignífugas \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_, especifique \_\_\_\_\_

**Si posee otro(s) contrato(s) de seguro que amparen el mismo interés o bienes, responda las siguientes preguntas**

Aseguradora	N° Contrato	Tipo de Póliza / Ramo	Vigencia	
			Desde: _____	Hasta: _____
			Desde: _____	Hasta: _____

**Si ha tenido siniestros con anterioridad a la fecha de contratación de este seguro, responda las siguientes preguntas**

Aseguradora	N° Contrato	Causa	Fecha	Monto Indemnizado

**Descripción de los Bienes a Asegurar (en caso de ser necesario anexar hoja aparte)**

Equipo	Año de fabricación	Marca	Modelo	Serial	Suma asegurada

**Coberturas a Contratar**

Cobertura	Suma Asegurada
Básica: Daños materiales a equipos electrónicos (Valor de reposición a nuevo, incluyendo adicionalmente gastos de montaje y desmontaje, así como fletes ordinarios, impuestos y derechos de aduana, si los hubiere)	
<b>Adicionales y Opcionales (estas coberturas no son de obligatoria contratación)</b>	
____ Portadores externos de datos	
____ Incremento del costo de operación	
____ Terremoto	
____ Huracán	
____ Cobertura de Motín, disturbios populares, y disturbios laborales	
____ Gastos extraordinarios por tiempo extra, trabajo nocturno, trabajo en días festivo y flete expreso	
____ Gastos por flete aéreo	

**Beneficiarios del Seguro (si son diferentes del Asegurado)**

Apellidos y Nombres: \_\_\_\_\_ Cédula / Pasaporte / R.I.F. : V \_\_\_\_\_ E \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_  
 Apellidos y Nombres: \_\_\_\_\_ Cédula / Pasaporte / R.I.F. : V \_\_\_\_\_ E \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

**Declaraciones**

El Tomador y el Propuesto Asegurado declaran que la información aquí suministrada es exacta, sin omisión alguna de detalle, hecho o circunstancia, con el propósito de asegurar el riesgo, en el entendido que ésta cesará de ser válida si el Asegurado, para la emisión de la póliza, no

circunstancia, con el propósito de aminorar el riesgo, en el entendido que esta servirá de base al **Asegurador** para la emisión de la póliza y el cobro de la prima correspondiente. Los riesgos empezarán a correr por cuenta del **Asegurador** a partir de la fecha indicada en el Cuadro Póliza Recibo.

Firma del Propuesto Asegurado (Personal Natural)	Huella	Pulgar del Asegurado	Firma del Representante Legal del Propuesto Asegurado (Personal Jurídica)	Huella	Pulgar del Representante Legal
---	--------	----------------------	--	--------	-----------------------------------

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.

Esta solicitud formará parte integrante de la póliza y el Asegurador estará obligado a entregar una copia al Tomador, conjuntamente con las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, el Cuadro Póliza Recibo, los anexos, si los hubiere, y demás documentos que formen parte del contrato de seguro.

Firmas	Firma del Tomador (Personal Natural)	Huella	Pulgar del Tomador	Firma del Representante Legal del Tomador (Personal Jurídica)	Huella	Pulgar del Representante Legal
--------	--------------------------------------	--------	--------------------	--	--------	-----------------------------------

Intermediario de la actividad aseguradora:	Código
--	--------

Sede Principal: 2da. Transversal de las Delicias de Sabana Grande, Av. Los Manquitos, Edif. Seguros Corporativo, Caracas-Venezuela. Teléfonos: (0212)762.4431/7194/1774/5642, [www.seguroscorporativos.com](http://www.seguroscorporativos.com)