

N° Solicitud	_____
Emisión	_____
Inclusión	_____
Exclusión	_____
Fecha:	_____

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

Tomador Persona Natural	Apellidos: _____	Nombres: _____	
	Cédula / Pasaporte: V ___ E ___ N° _____	R.I.F.: _____	Nacionalidad: _____
	Lugar y Fecha de Nacimiento: _____	Sexo: F ___ M ___	Estado Civil: S ___ C ___ D ___ V ___ O ___
	Profesión: _____	Ocupación u Oficio _____	
	Actividad Económica: Industrial Comercial ___ Gubernamental ___ Otra ___ Especifique: _____	Ingreso Promedio Anual: _____	
	La actividad comercial la realiza como: Profesional Independiente ___ Socio ___ Empleado ___		
	Dirección de Habitación: _____		
	Urbanización / Zona / Sector: _____	Estado: _____	N° Teléfono: _____
	Ciudad: _____ Municipio: _____		
	Dirección de Oficina: _____		
Urbanización / Zona / Sector: _____			
Estado: _____			
Ciudad: _____ Municipio: _____	N° Teléfono: _____		
Correo Electrónico: _____			
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: Privada ___ Pública ___
	Fecha Constitución: ___ / ___ / ___	Patrimonio: _____	N° Registro: _____ Tomo: _____
	Actividad Económica: Industrial Comercial ___ Gubernamental ___ Otra ___ Especifique: _____		
	Nombres y Apellidos Representante Legal o Persona Contacto: _____		
	Cédula / Pasaporte: V ___ E ___ N° _____	R.I.F.: _____	Nacionalidad: _____
	Actividad Comercial: _____		
	Dirección de Oficina: _____		
	Urbanización / Zona / Sector: _____	Estado: _____	N° Teléfono: _____
	Ciudad: _____ Municipio: _____		
Correo Electrónico: _____			
N° Teléfono Celular: _____			
Dirección de Cobro: _____			
Urbanización / Zona / Sector: _____			
Estado: _____			
Ciudad: _____ Municipio: _____	N° Teléfono: _____		
Propuesto Asegurado Persona Natural	Apellidos: _____	Nombres: _____	
	Cédula / Pasaporte: V ___ E ___ N° _____	R.I.F.: _____	Nacionalidad: _____
	Lugar y Fecha de Nacimiento: _____	Sexo: F ___ M ___	Estado Civil: S ___ C ___ D ___ V ___ O ___
	Profesión: _____	Ocupación u Oficio _____	
	Actividad comercial: (si es comerciante indique el ramo): _____	Ingreso Promedio Anual: _____	
	La actividad comercial la realiza como: Profesional Independiente ___ Socio ___ Empleado ___		
	Dirección de Habitación: _____		
	Urbanización / Zona / Sector: _____	Estado: _____	N° Teléfono: _____
	Ciudad: _____ Municipio: _____		
	Dirección de Oficina: _____		
Urbanización / Zona / Sector: _____			
Estado: _____			
Ciudad: _____ Municipio: _____	N° Teléfono: _____		
Correo Electrónico: _____			
N° Teléfono Celular: _____			
Propuesto Asegurado Persona Jurídica	Denominación de la Razón Social: _____ R.I.F.: _____		
	Siglas o Nombre Comercial: _____		Tipo de Persona: Privada ___ Pública ___
	Fecha Constitución: ___ / ___ / ___	Patrimonio: _____	N° Registro: _____ Tomo: _____
	Actividad Económica: Profesional ___ Comercial ___ Industrial ___ 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: V ___ E ___ 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

General	Índole o Actividad: Tipo: Industrial No Industrial Almacén/Depósito Oficina Otro			
	Relación del Inmueble con el Asegurado: ¿Se llevan los libros de Contabilidad de acuerdo a la Ley? Sí No Fecha del Inventario Físico más reciente:			
	¿Dónde se guardan los libros de Contabilidad Caja fuerte Bóveda Tiempo mínimo de resistencia al fuego:			
	Fecha del establecimiento de la firma contable: Fecha del último inventario: Nombre de la anterior firma contable, de ser el caso:			
Ubicación del Riesgo	Estado: Ciudad: Municipio:			
	Urbanización / Zona / Sector:		Avenida/Calle/Transversal:	
	Centro Comercial/Edificio/Casa/Local:		Piso/Nivel / Oficina / N° Apto. / Casa:	
Materiales de Construcción del	Linderos: Norte: Sur: Este: Oeste:			
	N° Teléfono / Fax: Relación del Inmueble con el Asegurado:			
	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:			
¿Existen locales contiguos o conexos? En caso afirmativo, detalle su respuesta:				
¿Los bienes a asegurar están contenidos en varios locales, ubicados en predios diferentes? Si No Número de Locales:				
¿Colinda el inmueble que contiene los bienes asegurados con inmuebles desocupados, invadidos o abandonados o en ruinas, obras en demolición o proceso de construcción? En caso afirmativo, detalle su respuesta:				
¿Posee el o los locales sistemas de alarmas? En caso afirmativo, detalle su respuesta:				
¿Posee el o los locales vigilancia armada? En caso afirmativo, detalle su respuesta:				
<b>Si posee otro(s) contrato(s) de seguro que amparen los mismos bienes, responda las siguientes preguntas</b>				
Aseguradora		N° Contrato	Tipo de Póliza / Ramo	Vigencia
				Desde: Hasta: Desde: Hasta:
<b>Si ha tenido siniestros con anterioridad a la fecha de contratación de este seguro, responda las siguientes preguntas</b>				
Aseguradora		N° Contrato	Causa	Fecha
				Monto Indemnizado
<b>Bienes a Asegurar</b>				
Descripción		Valores Totales a Riesgo	% Primer Riesgo	Suma Asegurada
<b>Coberturas a Contratar</b>				
Hurto (Básica)				
<b>Beneficiarios del Seguro (si son diferentes del Asegurado)</b>				
Apellidos y Nombres:		Cédula / Pasaporte / R.I.F. : V E N°		
Apellidos y Nombres:		Cédula / Pasaporte / R.I.F. : V E N°		
<b>Declaraciones</b>				
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 aminorar el riesgo, en el entendido que ésta servirá de base al <b>Asegurador</b> para la emisión de la póliza y el cobro de la prima correspondiente. Los riesgos empezarán a correr por cuenta del <b>Asegurador</b> a partir de la fecha indicada en el Cuadro Póliza Recibo.				
Firma del Propuesto Asegurado (Personal Natural)		Pulgar del Asegurado	Firma del Representante Legal del Propuesto Asegurado (Personal Jurídica)	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.				
Firma del Tomador (Personal Natural)		Pulgar del Tomador	Firma del Representante Legal del Tomador (Personal Jurídica)	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				