

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 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: _____	
	Ciudad: _____	Municipio: _____	N° Teléfono: _____
	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: Profesional ___ Comercial ___ Industrial ___ Productos o servicios que ofrece: _____			
	Dirección: _____			
	Urbanización / Zona / Sector: _____		Estado: _____	
	Ciudad: _____	Municipio: _____	N° Teléfono: _____	Correo Electrónico: _____
	Dirección de Cobro: _____			
	Urbanización / Zona / Sector: _____		Estado: _____	
	Ciudad: _____	Municipio: _____	N° Teléfono: _____	
Nombres y Apellidos Representante Legal: _____				
Cédula / Pasaporte: V ___ E ___ N° _____		R.I.F.: _____	Nacionalidad: _____	
Correo Electrónico: _____		N° Teléfono: _____	N° Teléfono Celular: _____	

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: _____	
	Ciudad: _____	Municipio: _____	N° Teléfono: _____
	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: _____	
	Ciudad: _____	Municipio: _____	N° Teléfono: _____	Correo Electrónico: _____
	Dirección de Cobro: _____			
	Urbanización / Zona / Sector: _____		Estado: _____	
	Ciudad: _____	Municipio: _____	N° Teléfono: _____	
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

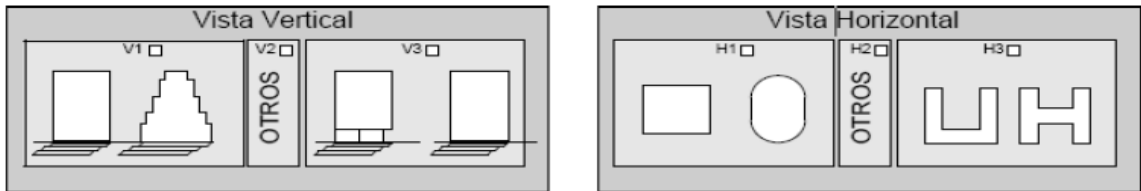
Vigencia:	Desde: ___ / ___ / ___ (a las 12 m)	Fecha de Suscripción: ___ / ___ / ___	Frecuencia de Pago de la Prima: Anual ___ Semestral ___
	Hasta: ___ / ___ / ___ (a las 12 m)	Fecha de Movimiento: ___ / ___ / ___	Trimestral ___ Mensual ___
Sucursal: _____			Moneda: _____

Información General del Riesgo

General	Destino y uso del inmueble: Índole o Actividad: _____ Tipo de Riesgo: _____
	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: _____
	Linderos: Norte: _____ Sur: _____ Este: _____ Oeste: _____
	Actividad, destino y uso de los inmuebles colindantes: _____ N° Teléfono / Fax: _____
	Norte: _____ a mts. _____
	Sur: _____ a mts. _____
Este: _____ a mts. _____	
Oeste: _____ a mts. _____	
Número de locales adicionales al descrito: _____	

Para los otros locales debe completarse el formato "Anexo complementario por local adicional" que forma parte de esta solicitud

Construcción	Año Construcción: _____ Número Pisos: _____ Número Entrepisos: _____ Número Sótanos: _____ Número Mezzaninas: _____
	Pisos Ocupados: _____ Pisos Desocupados: _____ Uso del Local o Edificio: _____
	Altura Total en Metros. _____ Materiales Frágiles: Si ___ Describa: _____ No ___
	Regularidad: _____
	

Materiales de Construcción del inmueble	Estructura: _____
	Techos: _____
	Pared: _____
	Puertas: _____
	Fachada: _____
	Construcciones especiales: _____
Existencia de sustancias inflamables: Sí ___ Describa: _____ No ___	

Prevención y Protección contra Incendio	Sistemas Básicos	Alarma Detección Extinción Portátil Externos	Hidrantes	Internos Con Impulsión Propia Sin Impulsión Propia	Rociadores	Abiertos Automáticos	Fuentes de Agua	Una Dos
	Sistemas Adicionales	Vigilancia Con reloj control Sin reloj control	Brigada contra Incendio	Personal Profesional Personal No Profesional	Sistemas Especiales de Extinción	Halón Espuma Agua Pulverizada Polvo Químico Seco Bióxido de Carbono		
	Distancia del Cuerpo de Bomberos más cercano: Kilómetros: _____				Minutos: _____			
	Si posee otro(s) contrato(s) de seguro que amparen los mismos bienes o intereses, 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

Bienes a Asegurar				
Descripción	Valores Totales a Riesgo	% Primer Riesgo (Básica y Opcionales)	% Primer Riesgo (Terremoto)	Suma Asegurada

Edificaciones				
Efectos Personales				
Existencias				
Instalaciones				
Maquinarias y Equipos Industriales				
Mejoras o Bienhechurías				
Mobiliario				
Objetos Valiosos o de Arte				
Suministros				
Vidrios, Cristales y Anuncios				
Otros				

En caso de maquinarias y equipos industriales, indique

Descripción	Marca y Modelo	Año	Capacidad

Para los Objetos Valiosos o de Arte, anexas listado con valor individual, si requiere asegurarlos con valores específicos para cada uno. El Asegurador podrá solicitar certificación de valor de profesional o experto en la metría.

En caso de los Vidrios, Cristales y Anuncios, deben incluirse listado con valores individuales.

Coberturas a Contratar

Básica	Sumas Aseguradas
a. Incendio (fuego o rayo, o sus efectos inmediatos como el calor y el humo). Explosión. Impacto de aeronaves, satélites, cohetes u otros aparatos aéreos o de los objetos desprendidos de los mismos. Agua u otros agentes de extinción utilizados para apagar un incendio, evitar su propagación y salvar los bienes asegurados, en los predios ocupados por El Asegurado o en predios adyacentes. Gastos por demolición, remoción o limpieza de escombros. Gastos para la reconstrucción de archivos. Honorarios de arquitectos, topógrafos e ingenieros.	

Opcionales con pago de prima adicional (estas coberturas no son de obligatoria contratación)

<input type="checkbox"/> Terremoto o Temblor de Tierra	
<input type="checkbox"/> Motín, Disturbios Populares, Disturbios Laborales y Daños Maliciosos	
<input type="checkbox"/> Daños causados por Agua. <i>Indique monto sólo si es a Primera Pérdida</i>	
<input type="checkbox"/> Inundación. <i>Indique monto sólo si es a Primera Pérdida</i>	
<input type="checkbox"/> Extensión de Cobertura	
<input type="checkbox"/> Deterioro de Bienes Refrigerados o Congelados. <i>Indique monto sólo si es a Primera Pérdida</i>	
Tipo de Mercancía:	
Periodo de Carencia (en meses): Edad del Equipo: Equipo de Reserva: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Rotura de Vidrios, Cristales y Anuncios. <i>Indique monto sólo si es a Primera Pérdida</i>	
<input type="checkbox"/> Pérdida de Renta. Número de meses: Renta Mensual:	
<input type="checkbox"/> Pérdidas Indirectas %:	
<input type="checkbox"/> Exceso para Reconstrucción de Archivos. <i>Indique monto sólo si es a Primera Pérdida</i>	
<input type="checkbox"/> Exceso para Demolición, Remoción o Limpieza de Escombros. <i>Indique monto sólo si es a Primera Pérdida</i>	
<input type="checkbox"/> Exceso para Honorarios de Arquitectos, Topógrafos e Ingenieros. <i>Indique monto sólo si es a</i>	

Cláusulas de coberturas adicionales (sin cobro de prima adicional)



Cobertura Fuera de las Edificaciones (Dentro de los Predios Asegurados)	Cuidado, Control o Custodia de Bienes de Terceros
Sellos y Marcas <input type="checkbox"/> Material Fundido <input type="checkbox"/> Inventario o Avalúo <input type="checkbox"/> Cobertura Automática <input type="checkbox"/> Remoción Temporal <input type="checkbox"/> Productos Elaborados <input type="checkbox"/>	
Beneficiario Preferencial Identificación:	Cédula / Pasaporte / R.I.F. : V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> N°
Agregar Otras: <input type="checkbox"/> Especifique	

Beneficiarios del Seguro (si son diferentes del Asegurado)

Apellidos y Nombres: _____	Cédula / Pasaporte / R.I.F. : V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> N°
Apellidos y Nombres: _____	Cédula / Pasaporte / R.I.F. : V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> 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 aminorar el riesgo, en el entendido que ésta 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)		Pulgar del Asegurado	Firma del Representante Legal del Propuesto Asegurado (Personal Natural)		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	