

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

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

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: _____	N° Teléfono: _____	
Ciudad: _____ Municipio: _____	N° Teléfono Celular: _____		
Correo Electrónico: _____			

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

Título del contrato (si el proyecto consta de varias secciones, especificar las mismas)			
Ubicación del lugar del montaje:			
Ciudad: _____	Estado: _____	Municipio: _____	Parroquia _____
Identificación del propietario:			
Dirección _____			

Urbanización / Zona / Sector: Estado:

Ciudad: Municipio: N° Teléfono: Correo Electrónico:

Identificación del contratista principal:

Dirección

Urbanización / Zona / Sector: Estado:

Ciudad: Municipio: N° Teléfono: Correo Electrónico:

Identificación del subcontratista:

Dirección

Urbanización / Zona / Sector: Estado:

Ciudad: Municipio: N° Teléfono: Correo Electrónico:

Identificación del fabricante de las unidades principales:

Dirección

Urbanización / Zona / Sector: Estado:

Ciudad: Municipio: N° Teléfono: Correo Electrónico:

Identificación del supervisor del montaje:

Dirección

Urbanización / Zona / Sector: Estado:

Ciudad: Municipio: N° Teléfono: Correo Electrónico:

Firma del supervisor del montaje:

Identificación del ingeniero consultor:

Dirección

Urbanización / Zona / Sector: Estado:

Ciudad: Municipio: N° Teléfono: Correo Electrónico:

Descripción exacta de los objetos a montar (indicar si se trata de unidades usadas)

En caso de maquinaria indique: (en caso de contratación de la cobertura de equipo de montaje)

Nombre del fabricante Número Tipo Tamaño Capacidad Peso Temperatura Revoluciones Año de fabricación

¿Cuenta con una grúa viajera de capacidad suficiente para la maquinaria? NO ___ Si ___ especifique:

Para construcciones de acero indicar el sistema de montaje:

¿Es usted fabricante, importador, comprador de los bienes que se va a montar o contratista para la instalación de los mismos?

¿Los bienes que se van a montar son nuevos o usados?

¿Los planos, diseños y materiales han sido probados en otras de sus construcciones, o la instalación o parte de ella va ser erigida por primera vez?

¿Hay peligro de incendio o explosión? No ___ Si ___ de detalles:

Indique nombre y experiencia de la persona que va a efectuar el montaje:

Si posee otro(s) contrato(s) de seguro que amparen los mismos 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

Coberturas a Contratar (La extensión exacta de los riesgos amparados quedan descrita en la Póliza)

Basica	Suma Asegurada
Cobertura Principal A (Cubre las pérdidas o daños materiales ocasionados a los bienes asegurados durante su montaje)	
Adicionales y Opcionales (estas coberturas no son de obligatoria contratación)	
Estas coberturas se otorgarán bajo la misma suma asegurada de la Cobertura Principal A.	
<input type="checkbox"/> COBERTURA B: Pérdidas o daños materiales causados por terremoto, temblor y erupción volcánica.	
<input type="checkbox"/> COBERTURA C: Pérdidas o daños materiales causados por ciclón, huracán, tempestad, vientos, inundación, desbordamiento y alza de nivel de aguas, maremoto y enfangamiento.	
<input type="checkbox"/> COBERTURA D: Pérdidas o daños materiales causados por errores de diseño, defectos de construcción, fundición, uso de materiales defectuosos y defectos de mano de obra en el taller del fabricante, sólo cuando el fabricante sea el Asegurado.	
Estas coberturas tendrán sumas aseguradas por separado.	
<input type="checkbox"/> COBERTURA "E": La responsabilidad civil extracontractual del Asegurado por pérdidas o daños materiales producidos a bienes de terceros.	
<input type="checkbox"/> COBERTURA "F": La responsabilidad civil extracontractual del Asegurado por lesiones corporales, incluyendo la muerte, producidas a personas que no estén al servicio del Asegurado o del dueño del negocio para quien esté haciendo el montaje o de otros contratistas o subcontratistas que estén llevando a cabo trabajos en el sitio del montaje o de las personas antes dichas en el sitio donde se realiza el montaje y que no sean miembros de la familia del Asegurado o de las personas antes mencionadas.	
<input type="checkbox"/> COBERTURA "G": Los gastos por concepto de remoción de escombros que sean necesarios después de ocurrir un siniestro amparado por la Póliza.	
<input type="checkbox"/> Equipo de montaje: Cubre las pérdidas o daños materiales de los equipos de montaje, ocasionados por los mismos riesgos amparados por las coberturas contratadas para los bienes objeto del montaje.	
<input type="checkbox"/> Anexo de Mantenimiento	
<input type="checkbox"/> Anexo de Mantenimiento Ampliado	
<input type="checkbox"/> Anexo de gastos extraordinarios por tiempo extra, trabajo nocturno, trabajo en días festivo y flete expreso	
<input type="checkbox"/> Anexo de gastos por flete aéreo	

Para bienes nuevos objeto del montaje y el equipo de montaje: la suma asegurada debe ser una cantidad equivalente al valor de reposición a nuevo del bien asegurado, aun cuando exceda su precio de compra-venta, incluyendo adicionalmente gastos de montaje y desmontaje, así como fletes ordinarios, impuestos y derechos de aduana, si los hubiere.

Para bienes usados objeto del montaje: la suma asegurada debe ser el precio de compra-venta respectivo, incluyendo adicionalmente gastos de montaje y desmontaje, así como fletes ordinarios, impuestos y derechos de aduana, si los hubiere.

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 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)	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 anexo, 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
--	--------