

INSCRITA EN LA SUPERINTENDENCIA DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA BAJO EL N° 103.

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: Industrial ___ Comercial ___ Gubernamental ___ Otra ___ Especifique: _____			
	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:	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	Anual	Semestral
	Hasta: ___ / ___ / (a las 12 m)	Fecha de Movimiento: ___ / ___ /	Trimestral	Mensual	
Sucursal / Oficina: _____			Moneda: _____		

Información General del Riesgo (Negocio)

Índole o Actividad: _____	Tipo de Riesgo: _____	Cantidad de locales: _____
Urbanización / Zona / Sector: _____	Estado: _____	Ciudad: _____

Municipio: _____ N° Teléfono: _____ Avenida / Calle / Transversal: _____

Edificio / Casa: _____ Piso N° / Nivel: _____ N° Apto. / N° Casa: _____

Linderos: Norte: _____ Sur: _____ Este: _____ Oeste: _____

De acuerdo con las operaciones del negocio suministrar los siguientes datos, según aplique:

Volumen anual de ingresos brutos _____

Metros cuadrados de los locales donde realiza sus operaciones _____

Metros cuadrados de los predios donde realiza sus operaciones _____

Número de personas, de alumnos, de socios, de puestos o de camas, según sea el caso _____

¿Se realizan actividades fuera de los locales? En caso afirmativo, detalle su respuesta: _____

¿Existen locales contiguos o conexos? En caso afirmativo, detalle su respuesta e indica las actividades que realizan: _____

¿Es usted Fabricante, Mayorista o Minorista? Detalle su respuesta: _____

¿Posee animales dentro de los predios a asegurar? En caso afirmativo, detalle su respuesta: _____

¿Posee montacargas, grúas o elevadores? En caso afirmativo, detalle su respuesta: _____

En su negocio se opera, produce, almacena o distribuye sustancias radioactivas, cualquier otro material de naturaleza nociva, explosiva o inflamable? En caso afirmativo, detalle su respuesta: _____

¿Posee servicio de vigilancias, con o sin armas? En caso afirmativo, detalle su respuesta: _____

¿Existen comedores o se prestan servicios de suministros de alimentos dentro de los predios a asegurar? En caso afirmativo, detalle su respuesta: _____

¿Se realizan operaciones de carga y descarga dentro de los predios a asegurar? En caso afirmativo, detalle su respuesta: _____

¿Posee servicio de valet parking? En caso afirmativo, detalle su respuesta: _____

¿Posee avisos luminosos, vallas o avisos comerciales o de propaganda? En caso afirmativo, detalle su respuesta: _____

Si tiene Actividad de Taller, indique: Latonería y Pintura _____ Mecánico _____ Mixtos _____ Autolavados _____ Otra: _____

Otras Actividades: Estacionamiento Público _____ Estacionamiento Privado _____ Capacidad del estacionamiento: _____

Pernoctan vehículos en horas no laborales: Si _____ No _____ Existe vigilancia permanente: Si _____ No _____

Si posee varias localidades, indique la siguiente información

Dirección	Actividad que realiza
1	
2	
3	
4	

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

Coberturas a Contratar

Basica	Suma Asegurada
Predios y Operaciones	

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

_____ Responsabilidad Civil de Productos.
_____ Responsabilidad Civil de Productos de Exportación.
_____ Responsabilidad Civil de Instalación de Avisos Publicitarios
_____ Responsabilidad Civil de Viajes al Exterior.
_____ Responsabilidad Civil de Equipos Móviles.
_____ Responsabilidad Civil de Transporte, Carga y Descarga.
_____ Responsabilidad Civil de Vehículos Ajenos o Alquilados.
_____ Responsabilidad Civil de Contratistas independientes.
_____ Responsabilidad Civil Contractual.
_____ Responsabilidad Civil Cuidado, Control o Custodia.

Responsabilidad Civil Garajista o Estacionamiento.

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

Como Tomador, doy fe que los recursos utilizados para el pago de la prima del presente seguro provienen 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