

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

Equipaje \_\_\_\_\_ Artículos Valiosos \_\_\_\_\_ Teléfonos celulares \_\_\_\_\_ Mercancía en tránsito \_\_\_\_\_ Suspensión de espectáculo \_\_\_\_\_

### 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: _____	
	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: _____		
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: _____			
Tomador Persona Jurídica	Cédula / Pasaporte: V ___ E ___ N° _____	R.I.F.: _____	Nacionalidad: _____
	Actividad Comercial: _____		
	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: _____	
	Apellidos: _____ Nombres: _____		
Propuesto Asegurado Persona Natural	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: Anual \_\_\_ Semestral \_\_\_

vigencia.	Hasta: ____ / ____ / ____ (a las 12 m)	Fecha de Movimiento: ____ / ____ / ____	Pago de la Prima	Trimestral ____ Mensual ____
Sucursal:				Moneda:

**Información General del Riesgo**

General	Destino y uso del inmueble: _____	Tipo de Riesgo: _____
	Índole o Actividad: _____	
	Tipo: Industrial ____ No Industrial ____ Almacén/Depósito ____ Oficina ____ Otro ____	

Ubicación del Riesgo	Índole 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: _____

¿Está protegido el inmueble con alarma contra robo? En caso afirmativo indique: \_\_\_\_\_

¿Cuenta el inmueble con vigilancia privada? En caso afirmativo indique: \_\_\_\_\_

¿Están protegidas las puertas y ventanas con rejas de seguridad? \_\_\_\_\_

¿Existe alguna persona alquilada en el inmueble? \_\_\_\_\_

¿Deja el inmueble deshabitado durante algún período en el año? En caso afirmativo indique: \_\_\_\_\_

¿El inmueble es utilizado para alguna otra actividad comercial? Si es afirmativa su respuesta, especifique: \_\_\_\_\_

¿El inmueble está en buenas condiciones de habitabilidad? \_\_\_\_\_

¿Alguno de los bienes asegurables es transportado fuera del local? En caso afirmativo indique: \_\_\_\_\_

Para el caso de la Póliza de Suspensión de Espectáculo deberá indicar: \_\_\_\_\_

Tipo y descripción del evento: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Lugar y fecha del evento: \_\_\_\_\_

Para el caso de la Póliza de Equipaje deberá indicar: \_\_\_\_\_

Ambito nacional o mundial: \_\_\_\_\_

Detalles sobre el viaje: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Para el caso de la Póliza de Mercancía en tránsito deberá indicar: \_\_\_\_\_

Tipo de mercancía: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Lugar y origen de destino: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Medio de transporte: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**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

**Bienes a Asegurar (llenar los campos que aplique al tipo de bien)**

Objeto	Marca	Modelo	Serial	Valor Riesgo

**Sumas Aseguradas a Contratar**

Cobertura	Suma Asegurada

## 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)

Pueda

Pulgar del Asegurado

Firma del Representante Legal del Propuesto Asegurado (Personal Jurídica)

Pueda

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)

Pueda

Pulgar del Tomador

Firma del Representante Legal del Tomador (Personal Jurídica)

Pueda

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.seguoscorporativos.com](http://www.seguoscorporativos.com)