

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: _____	
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: _____	
	Ciudad: _____ Municipio: _____	N° Teléfono: _____	
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: _____	
	Ciudad: _____ Municipio: _____	N° Teléfono: _____	
	Dirección de Oficina: _____	Urbanización / Zona / Sector: _____	
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

Destino y uso del inmueble: _____

General	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: _____				
Ubicación del Riesgo	Fecha del establecimiento de la firma contable: _____			Fecha del último inventario: _____	
	Nombre de la anterior firma contable, de ser el caso: _____				
	Índole o Actividad: _____			Tipo de Riesgo: _____	
	Estado: _____		Ciudad: _____		Municipio: _____
	Urbanización / Zona / Sector: _____			Avenida/Calle/Transversal: _____	
Materiales de Construcción del	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: _____				
	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: _____					
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	Suma Asegurada	
Coberturas a Contratar					
Robo (Básica)					
Opcional: Asalto o Atraco ___ (estascobertura no es de obligatoria contratación)					
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 aminsonar 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 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: _____					
Sede Principal: Zda. Transversal de las Delicias de Sabana Grande, Av. Los Manquitos, Edif. Seguros Corporativo, Caracas-Venezuela. Telefonos: (0212)/62.4431/194/17/4/5642, www.seguroscorporativos.com					
Código					