

Datos del Tomador del Seguro y del Propuesto Asegurado

Tomador Persona Natural	Apellidos: _____		Nombres: _____	
	Cédula / Pasaporte: V ___ E ___ N° _____		R.I.F.: _____	
	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: _____		

Tomador Persona Jurídica	Denominación de la Razón Social: _____		R.I.F.: _____	
	Siglas o Nombre Comercial: _____		Tipo de Persona: Privada ___ Pública ___	
	Fecha Constitución: ___ / ___ / ___		Patrimonio: _____	
	Actividad Económica: Industrial Comercial ___ Gubernamental ___ Otra ___ Especifique: _____		N° Registro: _____	
	Tomos: _____			
	Nombres y Apellidos Representante Legal o Persona Contacto: _____			
	Cédula / Pasaporte: V ___ E ___ N° _____		R.I.F.: _____	
	Actividad Comercial: _____		Nacionalidad: _____	
	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.: _____	
	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: _____	
	Actividad Económica: Profesional ___ Comercial ___ Industrial ___ Productos o servicios que ofrece: _____		N° Registro: _____	
	Tomos: _____			
	Dirección _____			
	Urbanización / Zona / Sector: _____		Estado: _____	
	Ciudad: _____ Municipio: _____		N° Teléfono: _____	
	Correo Electrónico: _____		N° Teléfono Celular: _____	
	Dirección de Cobro: _____			
Urbanización / Zona / Sector: _____		Estado: _____		
Ciudad: _____ Municipio: _____		N° Teléfono: _____		
Nombres y Apellidos Representante Legal: _____				
Cédula / Pasaporte: V ___ E ___ N° _____		R.I.F.: _____		
Correo Electrónico: _____		N° Teléfono: _____		
N° Teléfono Celular: _____		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

cación Riesgo	Índole o Actividad: _____		Tipo de Riesgo: _____	
	Estado: _____		Ciudad: _____	
	Urbanización / Zona / Sector: _____		Municipio: _____	
	Centro Comercial/Edificio/Casa/Local: _____		Avenida/Calle/Transversal: _____	
		Piso/Nivel / Oficina / N° Apto. / Casa: _____		

Ubicación del	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: _____	

Indique horario de trabajo: _____

¿Las maquinarias han sufrido daños durante los tres (3) últimos años? No _____ Si _____, indique fecha, causa y monto de los daños:

De las maquinarias que se van a asegurar indique cuáles están bajo la gerencia del fabricante:

Cuáles tienen fallas:

Cuáles han sido reparadas:

Cuando se trate de Turbogenerador de Vapor, indique la fecha de la última inspección interna y que diferencias encontraron:

¿Se pueden efectuar reparaciones en su industria? No _____ Si _____ de detalles:

¿Existe un programa de mantenimiento para las maquinarias? No _____ Si _____ indique tipo: Preventivo _____ Correctivo _____ Propio _____ Tercerizado _____
 Periodicidad: _____ meses: _____ Origen de la máquina: nacional _____ importada _____
 ¿Existe algún tipo de maquinaria prototipo? No _____ Si _____ de detalle: _____

Existen peligros o circunstancias especiales por ejemplo: condiciones locales (clima, terremoto), por operación (teleautomatismo, sistemas totalmente automáticos) o por otras razones: No _____ Si _____ detalles estos peligros especiales:

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

Descripción de los Bienes a Asegurar (en caso de ser necesario anexar hoja aparte)

Descripción de Maquinaria	Tipo	Año de fabricación	Marca	Modelo	Serial	Suma asegurada

Nota: La suma asegurada debe ser una cantidad equivalente al valor de reposición a nuevo del bien asegurado, incluyendo adicionalmente gastos de montaje y desmontaje, así como fletes ordinarios, impuestos y derechos de aduana, si los hubiere

Coberturas a Contratar

Coberturas	Suma Asegurada
Cobertura basica	
Cobertura Opcional (estas coberturas no son de obligatoria contratación)	
Cobertura de Motín, Disturbios Populares y Disturbios Laborales	
Gastos extraordinarios por tiempo extra, trabajo nocturno, trabajo en días festivo y flete expreso	
Gastos por flete aéreo	

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 _____

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