

Esta solicitud debe ser llenada con letra de molde o preferiblemente a máquina, sin tachaduras, en forma completa, amplia y exacta, de lo contrario, no podrá ser procesada.

Tipo de Solicitud: <input type="checkbox"/> Nueva <input type="checkbox"/> Modificación (Si es modificación, indique sólo el número de póliza y los datos a modificar)	Póliza N°:	Fecha Solicitud: / /
	<input type="checkbox"/> Colectivo <input type="checkbox"/> Individual.	

I. DATOS DEL TOMADOR

Nombre(s) y Apellido(s) o Razón Social:		N° Cédula de Identidad / RIF. / Pasaporte:	Fecha de Nacimiento: / /	
Carácter: <input type="checkbox"/> Cuenta Propia <input type="checkbox"/> Cuenta Ajena	Tipo de Persona: <input type="checkbox"/> Natural <input type="checkbox"/> Jurídica	Datos del Registro del Tomador (si es persona Jurídica):		
		Registro:	Tomo:	Fecha:
		Ciudad:		N°:
Dirección Principal:				
Ciudad:	Estado:	Zona Postal:	E-Mail:	
Teléfonos:		Actividad Económica:		
Capacidad Económica:		Ocupación o Profesión:		
Dirección de Oficina:				
Ciudad:	Estado:	Zona Postal:	E-Mail:	
Teléfonos:		Dirección de Cobro:		
Ciudad:	Estado:	Zona Postal:	E-Mail:	Teléfono/Fax:

**DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL
(En caso de que el Tomador sea Persona Jurídica)**

Nombre(s) y Apellido(s):		N° Cédula de Identidad / Pasaporte:	Fecha de Nacimiento: / /	
Dirección de Habitación:				
Ciudad:	Estado:	Zona Postal:	E-Mail:	
Teléfono de Habitación:		Actividad Económica:		
Ocupación o Profesión:				
Dirección de Oficina:			Teléfono de Oficina/ Fax:	
Ciudad:	Estado:	Zona Postal:	E-Mail:	

II. DATOS DEL ASEGURADO

Nombre(s) y Apellido(s) o Razón Social:		N° Cédula de Identidad / RIF. / Pasaporte:	Fecha de Nacimiento: / /	
Dirección de habitación para Persona Natural u oficina para Persona Jurídica:				
Ciudad:	Estado:	Zona Postal:	E-Mail:	
Teléfono de Habitación:		Actividad Económica:		
Capacidad Económica:		Ocupación o Profesión:		

Dirección de Oficina:				
Ciudad:	Estado:	Zona Postal	E-Mail:	
Teléfono de Oficina:		Dirección de Cobro:		
Ciudad:	Estado:	Zona Postal:	E-Mail:	Teléfono/Fax:
III. DATOS DEL RIESGO				
Índole del Riesgo:		Índole Declarada:	Nro de Empleados	
Alcance Territorial:		Interés Asegurado	Capital Suscrito o Patrimonio	
Tipo de Riesgo: <input type="checkbox"/> Industrial <input type="checkbox"/> No industrial <input type="checkbox"/> Residencial			Estimado de Nomina Inicial:	
Tipo de Póliza: <input type="checkbox"/> Declarativa <input type="checkbox"/> Única			Tasa de Ajuste:	
Nro de Empleados Administrativos _____ Nro de Empleados Operativos _____				
COBERTURAS		SUMA A ASEGURAR		
Básica de Responsabilidad Civil .Empresarial Máxima Anual				
Coberturas Adicionales				
Máxima .Anual Honorarios Médicos Quirúrgicos				
Máxima Anual Exceso en el Ámbito Civil				
Máxima Anual Asistencia Legal y Defensa Penal				
Máxima Anual Responsabilidad Solidaria				
IV. EXPERIENCIA CON OTRAS PÓLIZAS				
CONTRATOS				
Compañía	Suma Asegurada	Vigencia	Póliza N°	
RECLAMOS				
Compañía	Tipos/Causa/Monto Pérdida	Fecha de Ocurrencia	Póliza N°	
V. BENEFICIARIO(S) PREFERENCIAL (ES):				
(Sin exceder del saldo de su acreencia al momento del siniestro ni de la suma asegurada sobre los bienes dados en garantía)				
Apellido(s) y Nombre(s) / Razón Social:			C.I / Rif	
VI. DECLARACIONES				

El Tomador y / o Asegurado declara:

- A.- Que he leído, cuidadosa y totalmente, todas las preguntas y respuestas consignadas en el cuestionario precedente y que la información que doy en este documento es verdadera, amplia, completa y exacta; y que conozco que esta solicitud y otros documentos presentados son la base para evaluar el riesgo y fijar la prima, y autorizo la verificación de los mismos.
- B.- Que conozco, en caso de fraude, declaraciones falsas u omisiones podría cesar la responsabilidad del Asegurador por este seguro y que no he omitido ni disimulado, ningún hecho ni circunstancias que puedan modificar la opinión de Asegurar sobre el riesgo a correr por el seguro solicitado.
- C.- Que da fe que el dinero utilizado para el pago del presente seguros proviene de una fuente lícita y no tiene relación alguna con capitales, bienes, haberes o beneficios derivados de las actividades ilícitas o de los delitos de Legitimación de Capitales previstos en la Ley Orgánica Contra la Delincuencia Organizada.

VII. AUTORIZACIÓN Y COMPROMISO

En caso de otorgamiento de póliza, autorizo a debitar de la cuenta abajo indicada, el monto correspondiente a la prima de este seguro y me comprometo a mantener en cuenta dicho monto en la fecha de la exigibilidad o de lo contrario se entenderá como mi voluntad expresa de no continuar con el seguro.

VIII. PAGO DE LA PRIMA

Tipo de Moneda:

 Efectivo Cheque Cargo en cuenta. TDC. Fecha de Vencimiento: / /

 Bolívares Dólares

Nro. Código Cuenta Cliente _____

IX. DATOS DEL PRODUCTOR

Código	Apellido(s) Nombre(s)	% Participación
Lugar y Fecha	Firma	
	Tomador y/o Asegurado	Productor

Documentos requeridos:

- Si es persona natural fotocopia de la cédula de identidad, si es persona jurídica copia de R.I.F copia del Registro mercantil y copia del registro de información fiscal R.I.F del tomador y asegurado
- Fotocopia de la Cédula de Identidad del (los) Representante (s) Legal (es).
- Fotocopia del Documento de Constitución de la Empresa debidamente inscrita en el Registro Mercantil.
- Cualquier otra documentación que pueda ser requerida por la Compañía Aseguradora.

