

Póliza		
<input type="checkbox"/> Emisión	<input type="checkbox"/> Renovación	<input type="checkbox"/> Cambio de Titular
<input type="checkbox"/> Modificación		
Fecha de solicitud	Fecha de vigencia Desde	Hasta
		Póliza N°.

Tipo de vigencia de la póliza

Anual Semestral Cuatrimestral Trimestral Bimensual Mensual

Código del Intermediario	% de Participación	Apellido(s) y Nombre(s) del Intermediario
--------------------------	--------------------	-------------------------------------------

IMPORTANTE ESTA SOLICITUD DEBE ENTREGARSE COMPLETAMENTE LLENA EN LETRA LEGIBLE, SIN ENMIENDAS, FIRMADA POR EL TOMADOR Y/O ASEGURADO

DATOS DEL TOMADOR

Si el Tomador es Persona Natural (Indique los datos solicitados)

Apellido(s) y Nombre(s)	N°. Cédula de Identidad	N°. de RIF
-------------------------	-------------------------	------------

Lugar y fecha de nacimiento	Estado Civil
	<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Otro: _____

Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Dirección de habitación
---------------------------------------------------------------	-------------------------

Teléfono habitación	Teléfono celular	Profesión u oficio
---------------------	------------------	--------------------

Dirección de cobro (Solo si es distinta a la habitación)

Ocupación

Trabajador dependiente Trabajador o profesional independiente

Comerciante Trabajador de Economía Popular

Nombre de la empresa

Actividad Económica que desempeña (o la empresa)	Cargo
--------------------------------------------------	-------

Dirección

Fecha de ingreso	Zona Postal	Antigüedad
------------------	-------------	------------

Ingreso Anual	Teléfono	Email
---------------	----------	-------

Si el Tomador es Persona Jurídica (Indique los datos solicitados)

Nombre o Razón Social de la empresa	N°. de RIF
-------------------------------------	------------

Registro Mercantil N°. de Tomo y fecha de creación de la empresa

Apellido(s) y Nombre(s) del Representante Legal	N°. Cédula de Identidad
-------------------------------------------------	-------------------------

Dirección

Teléfonos		Email	
Actividad económica			Ingreso Promedio Anual

DATOS DEL BENEFICIARIO PREFERENCIAL

(Indique el tipo de persona: Persona Natural o Persona Jurídica)

Apellido(s) y Nombre(s) o Razón Social		Nº. Cédula de Identidad	Nº. de RIF
Dirección			
Teléfono de habitación		Teléfono celular	
Email			

Sobre la partida o bien (detalle en caso de ser necesario)

DATOS DEL PROPUESTO ASEGURADO

Si el Propuesto Asegurado es Persona Natural (Indique los datos solicitados)

Apellido(s) y Nombre(s)		Nº. Cédula de Identidad	Nº. de RIF
Lugar y fecha de nacimiento		Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Dirección de habitación		
Teléfono habitación	Teléfono celular	Profesión u oficio	

Dirección de cobro (Solo si es distinta a la habitación)

Ocupación

- Trabajador dependiente Trabajador o profesional independiente
 Comerciante Trabajador de Economía Popular

Nombre de la empresa

Actividad Económica que desempeña (o la empresa)		Cargo
Dirección		
Fecha de ingreso	Zona Postal	Antigüedad
Ingreso Anual	Teléfono	Email

Si el Propuesto Asegurado es Persona Jurídica (Indique los datos solicitados)

Nombre o Razón Social de la empresa	Nº. de RIF
-------------------------------------	------------

Registro Mercantil N°. de Tomo y fecha de creación de la empresa	
Apellido(s) y Nombre(s) del Representante Legal	N°. Cédula de Identidad
Dirección	
Teléfono(s)	Email
Actividad económica	Ingreso Promedio Anual

BIENES POR ASEGURAR Y COBERTURAS

- Primer Riesgo Relativo Primer Riesgo Absoluto

Bienes o Partidas Asegurables	Valores a Riesgo	% P.R. Incendio	% P.R. Terremoto
Edificación			
Maquinarias y Equipos Industriales			
Instalaciones			
Existencias			
Suministros			
Mejoras o Bienhechurías			
Mobiliario			
Efectos Personales			
Otros, Indique: _____			

El solicitante solo está obligado a escoger la cobertura básica de esta póliza. Las Coberturas restantes son opcionales.

COBERTURAS SOLICITADAS

Cobertura	Suma Asegurada
Básica Incendio; explosión; impacto de aeronaves, drones, satélites, cohetes u otros aparatos aéreos o de los objetos desprendidos de los mismos; el agua u otros agentes de extinción utilizados para apagar un incendio; humo de incendio; impacto de rayo o relámpago que caigan directamente sobre los bienes asegurados.	■

Coberturas	Suma Asegurada
Opcionales	
Terremoto o temblor de tierra	<input type="checkbox"/>
Motín, disturbios populares, disturbios laborales y daños maliciosos	<input type="checkbox"/>
Extensión de cobertura	<input type="checkbox"/>
Daños por agua	<input type="checkbox"/>
Inundación y deslave	<input type="checkbox"/>



Pirámide
SEGUROS
RIF J-00106474-5

SOLICITUD DE SEGURO PARA PÓLIZA
DE INCENDIO

Te lo hacemos fácil

Deterioro de bienes refrigerados o congelados	<input type="checkbox"/>	
Rotura de vidrios	<input type="checkbox"/>	
Anuncios	<input type="checkbox"/>	
Pérdidas de renta: Canon: _____ N°. de meses: _____	<input type="checkbox"/>	
Pérdidas indirectas hasta un _____ %	<input type="checkbox"/>	
Exceso de gastos adicionales	<input type="checkbox"/>	
Condiciones adicionales (no onerosas)		Suma Asegurada
Sellos y marcas	<input type="checkbox"/>	
Cobertura fuera de las edificaciones (dentro de los predios del Asegurado)	<input type="checkbox"/>	
Cuidado, control y custodia	<input type="checkbox"/>	
Inventario o avalúo	<input type="checkbox"/>	
Remoción temporal	<input type="checkbox"/>	
Cobertura automática	<input type="checkbox"/>	
Otros documentos	<input type="checkbox"/>	
Material fundido	<input type="checkbox"/>	
Permisos para alteraciones	<input type="checkbox"/>	

Llene una solicitud para cada localidad adicional, únicamente lo correspondiente a los Datos del Propuesto Asegurado, Datos de información complementaria y Datos de Siniestros ocurridos.

N°. de localidades: _____

DATOS DE INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

¿Se llevan libros de contabilidad de acuerdo con la Ley? Sí No

Nombre(s) anteriores de la Razón Social en caso de existir _____

DATOS DE SINIESTROS OCURRIDOS

Nombre de la compañía Aseguradora	Fecha del siniestro	Monto del siniestro
-----------------------------------	---------------------	---------------------

Causas: _____

