

Solicitud de Seguro Póliza de Seguro de Incendio

N° Solicitud
Emisión
Inclusión
Inclusión

Datos del Tomador del Seguro del Propuesto Asegurado y del Beneficiario

Tomador Persona Natural	Apellidos: _____ Nombres: _____
	Cédula / Pasaporte: V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> N° _____ R.I.F.: _____ Nacionalidad: _____
	Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Sexo: F M <input type="checkbox"/> 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: _____	
Dirección de Cobro: _____	
Urbanización / Zona / Sector: _____ Estado: _____	
Ciudad: _____ Municipio: _____ N° Teléfono: _____	
Tomador Persona Jurídica	Denominación de la Razón Social: _____
	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 <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> N° _____ R.I.F.: _____ Nacionalidad: _____
	Actividad Comercial: _____ Ingreso Promedio Anual: _____
	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 <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> N° _____ R.I.F.: _____ Nacionalidad: _____
	Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Sexo: F M <input type="checkbox"/> 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: _____
	Siglas o Nombre Comercial: _____ Tipo de Persona: Privada Pública <input checked="" type="checkbox"/>
	Fecha Constitución: ____ / ____ / ____ Ingreso Promedio Anual: _____ N° Registro: _____ Tomo: _____
	Actividad Económica: Industrial Comercial Gubernamental Otra Especifique: _____
	Nombres y Apellidos Representante Legal o Persona Contacto: _____
	Cédula / Pasaporte: V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> N° _____ R.I.F.: _____ Nacionalidad: _____
	Actividad Comercial: _____
	Dirección de Oficina: _____
	Urbanización / Zona / Sector: _____ Estado: _____
	Ciudad: _____ Municipio: _____ N° Teléfono: _____
Correo Electrónico: _____ N° Teléfono Celular: _____	

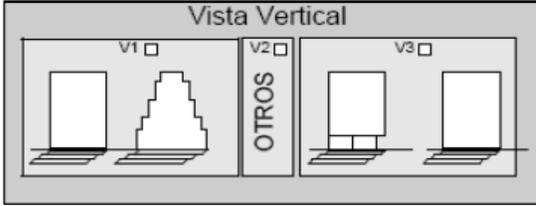
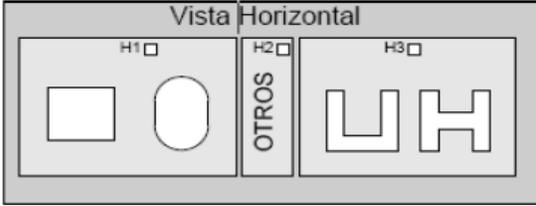
Información General de la Póliza

Vigencia:	Desde: / / (a las 12 m)	Fecha de Suscripción: / /	Frecuencia	Anual <input type="checkbox"/>	Semestral <input type="checkbox"/>
	Hasta: / / (a las 12 m)	Fecha de Movimiento: / /	de Pago	Trimestral <input type="checkbox"/>	Mensual <input type="checkbox"/>
Intermediario de Seguros: _____		Código: _____	Moneda: _____	Sucursal: _____	

Información General del Riesgo

General	Índole o Actividad: _____	Tipo de Riesgo: _____
	Tipo: <input type="checkbox"/> Industrial <input type="checkbox"/> No Industrial <input type="checkbox"/> Almacén/Depósito <input type="checkbox"/> Oficina <input type="checkbox"/> Otro _____	
	Relación del Inmueble con el Asegurado: _____	
	¿Se llevan los libros de Contabilidad de acuerdo a la Ley? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha del Inventario Físico más reciente: / /	
	¿Dónde se guardan los libros de Contabilidad? <input type="checkbox"/> Caja Fuerte <input type="checkbox"/> Oficina Contable _____	
Fecha del último inventario: / /		Fecha del establecimiento de la firma: / /
Nombr de la anterior firma, de ser el caso: _____		

Ubicación del Riesgo	País: _____	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: _____
	Actividades en inmuebles colindantes: _____			N° Teléfono / Fax: _____
	Norte: _____	a mts.		<input type="checkbox"/> Residencia <input type="checkbox"/> Comercio <input type="checkbox"/> Industria
	Sur: _____	a mts.		<input type="checkbox"/> Residencia <input type="checkbox"/> Comercio <input type="checkbox"/> Industria
	Este: _____	a mts.		<input type="checkbox"/> Residencia <input type="checkbox"/> Comercio <input type="checkbox"/> Industria
	Oeste: _____	a mts.		<input type="checkbox"/> Residencia <input type="checkbox"/> Comercio <input type="checkbox"/> Industria
	Número de Locales además del descrito: _____ Indique las direcciones:			
1) _____				
2) _____				
3) _____				
4) _____				

Construcción	Año Construcción: _____	Número Pisos: _____	Número Entrepisos: _____	Número Sótanos: _____	Número Mezzaninas: _____
	Pisos Ocupados: _____		Pisos Desocupados: _____		Uso del Local o Edificio: _____
	Altura Total en Metros. _____	Materiales Frágiles: <input type="checkbox"/> Sí - Describa: _____			<input type="checkbox"/> No
	Regularidad:				
					

Materiales de Construcción del inmueble	Estructura:	<input type="checkbox"/> Concreto armado; hierro revestido de concreto armado <input type="checkbox"/> Madera
		<input type="checkbox"/> Metálica sin revestimiento
	Techos:	<input type="checkbox"/> Concreto armado; placas de concreto; platabanda
		<input type="checkbox"/> Láminas de zinc, aluminio, hierro o asbesto
		<input type="checkbox"/> Madera; láminas no combustibles sobre armazón de madera y / o caña; láminas tratadas con aislantes combustibles
	Pared:	<input type="checkbox"/> Ladrillo macizo; piedra; concreto armado; bloques macizos de arcilla; bloques de arcilla o de cemento huecos, frisados por ambos lados
		<input type="checkbox"/> Hierro; vidrio; asbesto; zinc; bloques de arcilla o de cemento huecos; bloques de ventilación
		<input type="checkbox"/> Madera; bahareque; caña; láminas de aluminio; cartón prensado; madera comprimida y similares
	Fachada:	<input type="checkbox"/> Obra limpia con menos del 50% de ventanería
		<input type="checkbox"/> Vidrio o ventanales completos; muro-cortina de vidrio o plástico
		<input type="checkbox"/> Cerámica; loza; mármol u otro material similar
	Elementos Especiales de la Construcción:	
	<input type="checkbox"/> Tanques subterráneos	
	<input type="checkbox"/> Tanques metálicos, de concreto armado o de mampostería reforzada, apoyados a nivel de suelo	
	<input type="checkbox"/> de hasta 4 metros de altura	
<input type="checkbox"/> de más de 4 m. (como tanques elevados o silos) Año de construcción: _____		
<input type="checkbox"/> Chimeneas industriales Altura (en metros): _____		
<input type="checkbox"/> Puentes grúa con capacidad: <input type="checkbox"/> Menor que 100 toneladas <input type="checkbox"/> Mayor que 100 toneladas		
<input type="checkbox"/> Torres Altura (en metros): _____		
<input type="checkbox"/> Antenas Altura (en metros): _____		
Existencia de sustancias inflamables: <input type="checkbox"/> Sí - Describa: _____ <input type="checkbox"/> No		

Prevención y Protección contra Incendio	Sistemas Básicos	Alarma Detección Extinción Portátil Externos	Hidrantes	Internos Con Impulsión Propia Sin Impulsión Propia	Rociadores	Automáticos	Fuentes de Agua	Una Dos
	Sistemas Adicionales	Vigilancia	Con reloj control Sin reloj control	Brigada contra Incendio	Personal Profesional Personal No Profesionista	Sistemas Especiales de Extinción	Halón Espuma Agua Pulverizada Polvo Químico Seco Bióxido de Carbono	
	Distancia del Cuerpo de Bomberos más cercano: Kilómetros: _____ Minutos.: _____							
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
						/ /		
						/ /		
						/ /		
Bienes a Asegurar								
Descripción		Valores Totales a Riesgo		% Primer Riesgo (Básica y Opcionales)	% Primer Riesgo (Terremoto)	Suma Asegurada		
Edificaciones								
Mobiliario								
Existencias								
Suministros								
Maquinarias Industriales								
Equipos Electrónicos								
Efectos Personales								
Otros								
En caso de maquinarias, equipos industriales y equipos electrónicos, indique								
Descripción		Marca y Modelo			Año		Capacidad	
Coberturas a Contratar								
Básica					Sumas Aseguradas			
Incendio o rayo.								
Explosión								
Impacto causado por aeronaves, satélites, cohetes u otros aparatos aéreos o de los objetos desprendidos de los mismos.								
Humo de un incendio originado en los predios ocupados por el Asegurado o en predios								
Agua u otros agentes de extinción utilizados para apagar un incendio, en los predios ocupados por el Asegurado o en predios adyacentes.								
Tuberías, cables y otras instalaciones.								
Instalaciones sanitarias fijas.								
Honorarios de arquitectos, topógrafos e ingenieros.								
Demolición, remoción o limpieza de escombros								
Reconstrucción de archivos								
Gastos Varios.								

Adicionales (El Asegurado podrá seleccionar libremente las coberturas de su preferencia)

El asegurado NO está obligado a tomar todas y cada una de las coberturas aquí señaladas, pudiendo seleccionar libremente las que se ajusten a sus necesidades.

a. Extensión de Cobertura	
b. Motín, Disturbios Populares, Disturbios Laborales y Daños Maliciosos	
c. Terremoto	
d. Inundación. <i>Indique monto sólo si es a Primera Pérdida</i>	
e. Daños causados por Agua. <i>Indique monto sólo si es a Primera Pérdida</i>	
f. Vidrios y Anuncios. <i>Indique monto sólo si es a Primera Pérdida</i>	
g. Pérdida de Renta. Número de meses:	
h. Pérdidas Indirectas %	
i. Demolición, Remoción o Limpieza de Escombros. <i>Indique monto sólo si es a Primera</i>	
j. Honorarios de Arquitectos, Topógrafos e Ingenieros. <i>Indique monto sólo si es a Primera</i>	
k. Reconstrucción de Archivos. <i>Indique monto sólo si es a Primera Pérdida</i>	
l. Bienes Refrigerados <i>Indique monto sólo si es a Primera Pérdida</i>	

Tipo de Mercancía: _____
 Periodo de Carencia (en meses): _____ Edad del Equipo: _____ Equipo de Reserva: Si No

Cláusulas de coberturas adicionales sin cobro de prima

Cobertura Fuera de las Edificaciones (Dentro de los Predios	Cuidado, Control o Custodia de Bienes de Terceros			
Sellos y Marcas	Material Fundido	Inventario o Avalúo	Cobertura Automática	Remoción Temporal
Beneficiario Preferencial	Indicar el nombre del Beneficiario Preferencial:			

Beneficiarios del Seguro (si son diferentes del Asegurado):

Apellidos y Nombres: _____ Cédula / Pasaporte / R.I.F. : V E N°

Declaraciones

En mi carácter de solicitante de la póliza o en representación de éste, declaro 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.

Apellidos y Nombres del Propuesto
ASEGURADO TITULAR

N° Cédula del Propuesto
ASEGURADO TITULAR

Firma del Propuesto
ASEGURADO TITULAR

Pulgar del Propuesto
ASEGURADO TITULAR

Fecha: ____ / ____ / ____

Huella

Como Tomador, doy fe que los recursos utilizados para el pago de la prima del presente seguro proviene de una fuente lícita y por lo tanto no tiene relación alguna con dinero, capitales, bienes, haberes, valores o títulos producto de la actividades o acciones derivadas de operaciones ilícitas.

Esta solicitud formará parte integrante de la póliza y el Asegurador estará obligada a entregar una copia al Tomador al momento del pago de la prima, conjuntamente con las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, el Cuadro Póliza Recibo y demás documentos que formen parte del contrato de seguro.

Firmas	Intermediario de Seguro:	Por el Tomador / Solicitante	El Representante Legal (en caso que lo amerite)	Huella	Pulgar del Tomador
	Fecha: ____ / ____ / ____	Fecha: ____ / ____ / ____	Fecha: ____ / ____ / ____		