

Datos del Tomador del Seguro

Persona Natural

Apellidos: _____ Nombres: _____
 Cédula de Identidad V E N° _____ Pasaporte N° _____
 Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: M F
 País y Ciudad de Nacimiento: _____
 Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Viudo Concubino
 Profesión u Oficio: _____
 Nombre de la Empresa donde labora: _____
 Cargo que desempeña: _____ Fecha de Ingreso: _____
 Ingreso Anual (Bs.):
 Hasta 10.000.000 Entre 10.000.001 y 30.000.000
 Entre 30.000.001 y 60.000.000 Entre 60.000.001 y 90.000.000
 Entre 90.000.001 y 150.000.000 Más de 150.000.000
 Condición de Vivienda: Propia Alquilada Hipotecada
 Dirección de Habitación: _____
 Urbanización / Zona / Sector: _____ País: _____
 Estado: _____ Ciudad: _____ N° Teléfono: _____
 Dirección E-mail: _____ N° Celular: _____
 Dirección de Oficina: _____
 Urbanización / Zona / Sector: _____ País: _____
 Estado: _____ Ciudad: _____ N° Teléfono: _____
 Dirección E-mail: _____

Persona Jurídica

Tipo de Persona: Jurídica Gubernamental N° R.I.F.: _____ N° N.I.T.: _____
 Nombre Comercial: _____ Razón Social: _____
 Descripción de la Actividad Económica o Comercial: _____
 Patrimonio (Bs.):
 Hasta 500.000.000 Entre 500.000.001 y 500.000.000
 Entre 500.000.001 y 3.000.000.000 Entre 2.000.000.001 y 10.000.000.000
 Entre 10.000.000.001 y 50.000.000.000 Más de 50.000.000.000
 Dirección del Domicilio Fiscal: _____
 Urbanización / Zona / Sector: _____ País: _____
 Estado: _____ Ciudad: _____ N° Teléfono: _____
 Dirección E-mail: _____
 Nombre del Registro Mercantil: _____
 Circunscripción Judicial: _____
 Fecha: _____ Número: _____ Tomo: _____
 Apellidos, Nombres del Representante Legal: _____
 Cédula de Identidad V E N° _____ Pasaporte N° _____
 Cargo que desempeña: _____ N° Teléfono: _____
 Dirección de Habitación del Representante Legal: _____
 N° Teléfono: _____
 Dirección E-mail: _____

Dirección para el Cobro de la Prima: Habitación / Domicilio Fiscal Oficina

Datos del Propuesto Asegurado

Persona Natural	Complete si el Asegurado es diferente al Tomador del Seguro:		
	Apellidos: _____		Nombres: _____
	Cédula de Identidad <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E N° _____		Pasaporte N° _____
	Fecha de Nacimiento: _____		Edad: _____ Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
	País y Ciudad de Nacimiento: _____		
	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Concubino		
	Profesión u Oficio: _____		
	Nombre de la Empresa donde labora: _____		
	Cargo que desempeña: _____		Fecha de Ingreso: _____
	Ingreso Anual (Bs.):		
	<input type="checkbox"/> Hasta 10.000.000	<input type="checkbox"/> Entre 10.000.001 y 30.000.000	<input type="checkbox"/> Entre 30.000.001 y 60.000.000
	<input type="checkbox"/> Entre 30.000.001 y 60.000.000	<input type="checkbox"/> Entre 60.000.001 y 90.000.000	<input type="checkbox"/> Más de 90.000.000
	<input type="checkbox"/> Entre 60.000.001 y 90.000.000	<input type="checkbox"/> Más de 90.000.000	
	Condición de Vivienda: <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Alquilada <input type="checkbox"/> Hipotecada		
	Dirección de Habitación: _____		
Urbanización / Zona / Sector: _____		País: _____	
Estado: _____ Ciudad: _____		N° Teléfono: _____	
Dirección E-mail: _____		N° Celular: _____	
Dirección de Oficina: _____			
Urbanización / Zona / Sector: _____		País: _____	
Estado: _____ Ciudad: _____		N° Teléfono: _____	
Dirección E-mail: _____			

Información del Riesgo

Ubicación del Riesgo	Tipo de Riesgo: <input type="checkbox"/> Apartamento <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Apto. Vacacional <input type="checkbox"/> Casa Vacacional			
	Relación del Inmueble con el Asegurado: <input type="checkbox"/> Propiedad <input type="checkbox"/> Alquiler <input type="checkbox"/> Otro: _____			
	Urbanización / Zona / Sector: _____		País: _____	
	Estado: _____ Ciudad: _____		N° Teléfono: _____	
	Avenida / Calle / Transversal: _____			
	Urbanizaciónb / Edificio / Casa: _____			
	Piso N° / Nivel: _____		N° Apto. / N° Casa _____	
	Linderos (Indique ocupación y tipo de construcción):			
	Norte: _____			
	Sur: _____			
Este: _____				
Oeste: _____				
Materiales y elementos de construcción	Año de Construcción: _____		N° de Pisos: _____	N° de Mezzaninas: _____
	Pisos Ocupados: _____		Pisos Desocupados: _____	N° de Sótanos: _____
	Estructura:			
	<input type="checkbox"/> Concreto armado; hierro revestido de concreto armado			
	<input type="checkbox"/> Metálica sin revestimiento <input type="checkbox"/> Madera			
Techo:				
<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				

Información del Riesgo (Continuación)

Materiales y elementos de construcción	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"/> Elementos prefabricados <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		
Sistemas Prevención y Protección contra	Incendio	Alarma contra incendio <input type="checkbox"/> Detectores contra incendio <input type="checkbox"/> Hidrantes sin impulsión propia <input type="checkbox"/> Hidrantes internos <input type="checkbox"/> Hidrantes externos <input type="checkbox"/> Hidrantes con impulsión propia <input type="checkbox"/> Rociadores abiertos <input type="checkbox"/> Rociadores automático <input type="checkbox"/> Extintores Pórtatiles <input type="checkbox"/> Si posee otros sistemas de prevención contra incendios, especifique: _____ _____ _____	
	Robo	Alarma contra Robo <input type="checkbox"/> Puerta tipo MultiLock <input type="checkbox"/> Puerta con rejas normal <input type="checkbox"/> Ventanas con Rejas <input type="checkbox"/> Rejas tipo MultiLock <input type="checkbox"/> Vigilancia, especifique tipo <input type="checkbox"/> Si posee otros sistemas de prevención contra robo, especifique: _____ _____ _____ _____	

Bienes asegurables

Categoría	Valores totales a riesgo (Bs.)	Suma Asegurada (Bs.)
Partida a. Edificaciones		
Partida b. Contenido		
Partida c. Objetos de Alto Riesgo: Objetos de Alto Riesgo Menores Objetos de Alto Riesgo Mayores		
Equipos Electrónicos		

Coberturas solicitadas



Básica

	Descripción de la Coberturas	Suma Asegurada (Bs.)
Opcionales	De las siguientes Coberturas Opcionales, seleccione sólo las que desea contratar:	
	<input type="checkbox"/> Pérdida de Dinero en Efectivo	
	<input type="checkbox"/> Terremoto o Temblor de Tierra	
	<input type="checkbox"/> Equipos Electrónicos	
	<input type="checkbox"/> Daños por Agua en exceso de la Cobertura Básica	
	<input type="checkbox"/> Inundación	
	<input type="checkbox"/> Rotura de Vidrios, Espejos y Cristales	
	<input type="checkbox"/> Deterioro de Bienes Refrigerados o Congelados en exceso de la cobertura básica	
	<input type="checkbox"/> Pérdida de Renta	
	<input type="checkbox"/> Pérdida de Remuneración	
	<input type="checkbox"/> Tarjetas de Crédito o Débito	
	<input type="checkbox"/> Tarjetas Adicionales Cantidad: _____	
	<input type="checkbox"/> Daños al Contenido fuera de los predios asegurados	
	<input type="checkbox"/> Daños a Objetos de Alto Riesgo Mayores, Equipos Electrónicos Portátiles, Instrumentos Musicales y Artículos Deportivos	
	<input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil Familiar	
	<input type="checkbox"/> Riesgo Locativo	
	<input type="checkbox"/> Responsabilidad Ante Vecinos	
	<input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil de Productos	
	<input type="checkbox"/> Fidelidad de Empleados Domésticos	
	<input type="checkbox"/> Accidentes Personales (Muerte, Incapacidad Total Permanente, Pérdida de Extremidades, Pérdida de la Audición o Vista)	
<input type="checkbox"/> Gastos Médicos y Gastos por Fallecimiento		
<input type="checkbox"/> Incapacidad Total Temporal		
<input type="checkbox"/> Cobertura Restringida para empleados Domésticos		
<input type="checkbox"/> Cobertura Odontológica		

Información Complementaria

Detalle de los Objetos Valiosos Mayores

Descripción Detallada	Valores a Riesgo (Bs.)

Información Complementaria (Continuación...)**Detalle de los Equipos Electrónicos**

Descripción	Marca y Modelo	Año	Capacidad	Valores a Riesgo (Bs.)

Detalle de otros bienes que por su tipo lo requieran (Vidrios, Espejos y Cristales)

Descripción Detallada	Suma Asegurada (Bs.)

Detalle de los Empleados Domésticos

Nombre del Empleado	Cédula de Identidad	Labor que realiza

Tarjetas de Crédito o de Débito

Banco Emisor	Tipo de Tarjeta	N° de Tarjeta	Fecha de Vencimiento

Tarjetas Adicionales

Banco Emisor	N° Tarjeta Principal	N° Tarjeta Adicional	Fecha de Vencimiento

Grupo a incluir en Accidentes Personales

Apellidos y Nombres	Parentesco	Cédula de Identidad	Fecha de Nacimiento

Información General del Seguro Solicitado

Vigencia del Seguro: Desde: _____ Hasta: _____

Intermediario de Seguros: _____ Código: _____

Beneficiarios del Seguro (si son diferentes del Asegurado):

Nombre: _____ N° de C.I. o R.I.F.: _____ Preferencial

Nombre: _____ N° de C.I. o R.I.F.: _____ Preferencial

Otros Seguros en los últimos 5 años, incluyendo el actual:

Aseguradora	Tipo de Seguro	S. Asegurada (Bs.)	Vigencia (Inicio / Fin)

Siniestros en los últimos 5 años:

Fecha de ocurrencia	Causa	Cobertura Afectada	Monto (Bs.)

Para ser llenado o completado por la Empresa de Seguros

Tipo de Riesgo: _____

Observaciones: _____

Yo, el Tomador, **DECLARO** que:

- I. He leído cuidadosa y totalmente el contenido de la solicitud; la información que proporciono es verdadera, amplia, completa y exacta y no he omitido, ocultado, ni disimulado datos que puedan modificar la opinión de la Empresa de Seguros sobre el riesgo a asegurar.
- II. Esta solicitud forma parte del contrato de seguro y es la base para apreciar el riesgo y fijar la prima de seguro correspondiente y en caso de declaraciones falsas, omisiones o reticencias, la póliza podría ser objeto de nulidad absoluta de acuerdo a lo establecido en las condiciones de la misma.
- III. El dinero utilizado para el pago de la prima 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 y demás leyes vigentes que rigen la materia.

Firmas	Tomador del Seguro: _____	Asegurado: _____	Intermediario de Seguros: _____
	Fecha: _____	Fecha: _____	Código: _____ Fecha: _____

Aprobado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante Oficio N° SAA-1-1-15793-2013 de fecha 02/07/2014