

**Solicitud de Seguro
Responsabilidad Civil Amplia
Persona Jurídica**

Tomador del Seguro

Referente a los **Datos de la Empresa**, por favor responda las siguientes preguntas:

a) Datos de Identificación

Nombre de la Empresa: _____

R.I.F.: _____ N.I.T.: _____ N° de Empleados: _____

Razón Social: _____

Actividad de la Empresa: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____

Zona Postal: _____ Teléfono: _____

Correo Electrónico: _____

b) Datos del Representante Legal

Apellidos: _____ Nombres: _____

C.I. : ☐ V ☐ E N°: _____ Sexo: ☐ Femenino ☐ Masculino

Cargo que ocupa en la Empresa: _____

c) Información para el cobro de la prima

Dirección de Cobro: _____

Ciudad: _____ Estado: _____

Zona Postal: _____ Teléfono: _____

Información del Riesgo

Referente a los **Equipos a Asegurar**, por favor responda las siguientes preguntas:

a) Tipo de solicitante:

☐ Fabricante

☐ Servicios

☐ Proveedor

☐ Distribuidor

☐ Oficina

☐ Espectáculo

☐ Detallista

☐ Otro: _____

b) Nómina Anual estimada: _____

c) Ventas brutas / Ingresos brutos anuales: _____

d) Descripción general de operaciones realizadas: _____

e) Descripción del tipo de construcción de las instalaciones: _____

Paredes: _____

Techos: _____

Pisos: _____

f) Indique el retiro con las empresas colindantes, detalle de su estructura en esa colindancia propiedades colindantes, vías públicas y la afluencia de estas últimas: _____

g) Indique sí las instalaciones poseen (calderas, depósitos de gas, ácidos, gasolina y otros materiales inflamables, corrosivos o nocivos..... ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, indíquelos y explique las medidas de seguridad puestas en práctica para almacenar u operar los mismos: _____

h) Indique sí posee o manipula ascensores, montacargas, grúas, etc. ☐ Sí ☐ No

i) Indique las medidas de seguridad implantadas para las operaciones o procesos de la Industria: _____

j) Indique sí tiene programas de mantenimiento y sí actualmente se están cumpliendo: _____

k) Accidentes anteriores: _____

Referente a **Otras Características del Riesgo Asegurar** por favor responda las siguientes preguntas:

a) Locales de Concentración de Público

Capacidad máxima: _____ Año de construcción: _____

Descripción de instalaciones _____

Frecuencia de presentaciones: _____ Medidas de protección: _____

¿Existen avisos de salida? ☐ Sí ☐ No ¿Existe vigilancia? ☐ Sí ☐ No

Número de extintores: _____ Número aproximado de eventos por año: _____

Recaudación aproximada por evento: _____

Recaudación aproximada por año: _____

b) Suministros y Venta de Mercancías o Bienes, Productos

Tipo de mercancía fabricada o suministrada: _____

Antigüedad / Experiencia: _____

Breve descripción del proceso de fabricación o almacenamiento - distribución del producto: _____

Límites Territoriales (productos de venta en territorio nacional y/o de exportación): _____

Volumen exportado: _____ Tipo de Producto: _____

c) Contractual para la ejecución de Trabajos

Tipo de Trabajos a Realizar: _____

Frecuencia de los contratos (se deberá suministrar copia de cada contrato suscrito por el asegurado): _____

Monto promedio de cada contrato: _____

Monto anual estimado en contratos: _____

d) Contratistas Independientes

Tipo de Trabajos a Realizar: _____

e) Contratistas Independientes Contingente

Tipo de Trabajos a Realizar: _____

Tipo de equipos que se utilizan: _____

f) Vehículos Estacionados

Capacidad del estacionamiento: _____

Control de entrada y salida de los vehículos: _____

¿Vigilancia? ☐ Sí ☐ No

¿ Existe parqueador? ☐ Sí ☐ No

Referente al **Seguro a Contratar** por favor marque con equis (X) su respuesta a las siguientes preguntas:

a) ¿Ha tenido contratada alguna póliza de Seguro de Responsabilidad Civil Amplia? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, indique el nombre de la compañía y años que estuvo asegurado: _____

b) Indique sí para el Seguro de Responsabilidad Civil Amplia, alguna Compañía de Seguros ha:

☐ Rechazado cualquier propuesta suya

☐ Cancelado

☐ Denegado la continuación de cualquier Seguro

☐ Impuesto condiciones especiales para emitir la póliza

En caso afirmativo, dé detalles:

c) ¿Mantiene algún otro Responsabilidad Civil Amplia vigente con ésta u otra Compañía de Seguros? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, complete la siguiente información:

Compañía Aseguradora	Número de Póliza	Vigencia	Sumas Aseguradas

d) ¿Ha hecho alguna reclamación contra alguna Compañía de Seguros? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, complete la siguiente información:

Indique fechas	Causa	Monto	Compañía Aseguradora

e) Período del Seguro, desde: a las 12 m. hasta: a las 12 m.

Coberturas Solicitadas

Por favor marque con equis (X) las **Coberturas Básicas** solicitadas e indique el **Límite** en el espacio que corresponda:

Básicas

Límite Unico Combinado

☐ Predios y Operaciones.....

☐ Equipos de Trabajo.....

☐ Riesgo Locativo.....

☐ Riesgo de Vecino.....

Sub Límite

☐ Defensa Legal.....

Por favor marque con equis (X) las **Coberturas Suplementarias** solicitadas e indique el **Límite** en el espacio que corresponda:

Suplementarias

Límite Único Combinado

☐ Suministros y Venta de Mercancías o Bienes; Productos.....	
☐ Contractual para la ejecución de Trabajos.....	
☐ Vehículos de Propiedad Ajena o Alquilados.....	
☐ Contratistas Independientes.....	
☐ Contratistas Independientes Contingente.....	
☐ Cruzada.....	
☐ Vehículos Estacionados.....	
☐ Excavación.....	

Yo, el Tomador, **DECLARO:**

- I. Que he leído cuidadosa y totalmente, una a una todas las preguntas consignadas en esta solicitud y que ellas son verdaderas, amplias, completas y exactas.
- II. Que no he omitido, ocultado, ni disimulado, ningún hecho ni circunstancia en dichas contestaciones que puedan modificar la opinión de La Empresa de Seguros sobre el riesgo a correr por el seguro solicitado.
- III. Que esta Solicitud de Seguro es la base para apreciar el riesgo y fijar la prima del seguro correspondiente, formando parte integrante del contrato y que cesa la responsabilidad de La Empresa de Seguros siendo nulo dicho contrato en caso de fraude o declaración falsa o reticencia por mi parte.

DOY FE que toda la información que suministro a la empresa **Estar Seguros S.A.**, es verdadera, autorizando a esta empresa o a quién competa, realizar las operaciones que sean necesarias a fin de constatar el origen del dinero utilizado para el pago de las primas. De acuerdo con lo previsto en la Ley Orgánica sobre Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas (LOSEP) y a fin de dar cumplimiento a lo establecido en la Providencia N° 98-2-2-899 de la Superintendencia de Seguros publicada en Gaceta Oficial N° 36.453 del 14 de mayo de 1998, contenida en las normas que exigen el cumplimiento de un conjunto de obligaciones de parte de las personas naturales y jurídicas para prevenir la legitimación de capitales en el mercado asegurador venezolano.

Firmado en: _____
a los _____ del mes de _____ de 20____

Firma del Tomador del Seguro

Intermediario de Seguro: _____ Código N°: _____
Nombre y Apellido del Representante: _____

En _____
a los _____ del mes de _____ de 20____

Firma del Intermediario de Seguros

La responsabilidad de la compañía no comienza hasta que la Póliza haya sido emitida y la prima pagada.