

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		
<input type="checkbox"/> Anual	<input type="checkbox"/> Semestral	<input type="checkbox"/> Cuatrimestral <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Bimensual <input type="checkbox"/> Mensual

Certificado Individual de Seguro N°		
-------------------------------------	--	--

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 <input type="checkbox"/> Trabajador dependiente <input type="checkbox"/> Trabajador o profesional independiente <input type="checkbox"/> Comerciante <input type="checkbox"/> 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  Persona Jurídica

Apellido(s) y Nombre(s) o Razón Social	Nº. Cédula de Identidad	Nº. de RIF
--	-------------------------	------------

Dirección

Teléfono de habitación	Teléfono celular
------------------------	------------------

Email

**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

<input type="checkbox"/> Trabajador dependiente	<input type="checkbox"/> Trabajador o profesional independiente
<input type="checkbox"/> Comerciante	<input type="checkbox"/> 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 Nº. de Tomo y fecha de creación de la empresa

Apellido(s) y Nombre(s) del Representante Legal		Nº. Cédula de Identidad
Dirección		
Teléfono(s)	Email	
Actividad económica	Ingreso Promedio Anual	
Nº. de Localidades		

**Indique la ubicación de dicha localidades y la operación que se realiza en cada una de ellas si fuese necesario utilice la sección de observaciones para completar la información o anexe hoja complementaria.**

	Dirección	Actividad que realiza	Facturación Anual de Ventas
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
<b>Total Facturación (En ventas)</b>			

Si la póliza va destinada a cubrir cualquiera de las actividades que se señalan más adelante, usted debe sustituir la denominación "Facturación Anual (Ventas)", indicada en el cuadro anterior, por la que se señala al lado de la actividad la "Información Complementaria".

¿La actividad es en Oficina?  Sí  No  
Si su respuesta es "Afirmativa", indique el número de empleados: \_\_\_\_\_

¿La actividad es Inmueble?  Sí  No  
Si su respuesta es "Afirmativa", indique la cantidad total de metros cuadrados de los predios a cubrir: \_\_\_\_\_

¿La actividad es Enseñanza?  Sí  No  
Si su respuesta es "Afirmativa", indique el número de: Alumnos: \_\_\_\_\_ Profesores: \_\_\_\_\_

¿La actividad es Cine/Teatro?  Sí  No  
Si su respuesta es "Afirmativa", indique el número de puestos: \_\_\_\_\_

¿La actividad es una Empresa de Vigilancia?  Sí  No  
Si su respuesta es "Afirmativa", indique el número de vigilantes: \_\_\_\_\_

**CUESTONARIO**

Observaciones

**COBERTURAS SOLICITADAS**

Cobertura	Limites
-----------	---------

**Básica**

Predios y Operaciones	<input checked="" type="checkbox"/>	
-----------------------	-------------------------------------	--

Coberturas	Limites
------------	---------

**Opcionales**

Riesgo locativo	<input type="checkbox"/>	
Responsabilidad civil por contratistas independientes	<input type="checkbox"/>	
Responsabilidad civil por desprendimiento accidental de carga	<input type="checkbox"/>	
Responsabilidad civil contractual	<input type="checkbox"/>	
Responsabilidad civil de productos	<input type="checkbox"/>	
Responsabilidad civil de vehículos en predios privados	<input type="checkbox"/>	
Anexo de responsabilidad para manejadores de sustancias, materiales y desechos peligrosos	<input type="checkbox"/>	
Responsabilidad civil de talleres: Capacidad de vehículo: _____	<input type="checkbox"/>	
Responsabilidad civil de empresas de vigilancia Nº. de vigilantes: _____	<input type="checkbox"/>	
Exceso de responsabilidad civil ante vecinos	<input type="checkbox"/>	
Responsabilidad civil por vehículos estacionados dentro de los predios	<input type="checkbox"/>	
Extensión de cobertura por servicios o trabajos realizados fuera de los predios	<input type="checkbox"/>	
Responsabilidad civil cruzada	<input type="checkbox"/>	
Responsabilidad civil por vehículos ajenos y/o alquilados	<input type="checkbox"/>	
Responsabilidad civil por contaminación al medio ambiente	<input type="checkbox"/>	
Responsabilidad civil de estacionamiento privado Capacidad de vehículo: _____	<input type="checkbox"/>	
Responsabilidad civil de marinas Capacidad de embarcación _____	<input type="checkbox"/>	

**MODALIDAD DE SUMA ASEGURADA**

Limite único Combinado	<input type="checkbox"/>
Límite de Responsabilidad	<input type="checkbox"/>

**SINIESTROS OCURRIDOS**

Empresa de Seguros	Monto Asegurado	Nº. de Póliza	Vigencia

**OTROS SEGUROS DE RESPONSABILIDAD CIVIL VIGENTES**

Empresa de Seguros	Monto Asegurado	Nº. de Póliza	Vigencia

**PAGO DE PRIMA**

De contado                       Financiada                       Fraccionada

¿Desea domiciliar el cobro de la póliza para este año de póliza?                       Sí     No

Si su respuesta es "Afirmativa", seleccione la modalidad de fraccionamiento de prima:

Anual                       Semestral                       Trimestral                       Mensual

Apellido(s) y Nombre(s) (Titular de la cuenta)		Cédula de Identidad
--	--	---------------------

Banco	Tipo de cta.	Nº de cuenta

¿Desea que el cobro de la póliza para este año de póliza se efectúe por tarjeta de crédito?                       Sí     No

Si su respuesta es "Afirmativa", seleccione la modalidad de fraccionamiento de prima:

Anual                       Semestral                       Trimestral                       Mensual

Apellido(s) y Nombre(s) (Titular de la tarjeta)		Cédula de Identidad
---	--	---------------------

Banco	Tipo	Fecha vcto.	Nº de tarjeta



**Pirámide**  
SEGUROS  
RIF J-00106474-5

SOLICITUD DE SEGURO DE PÓLIZA  
RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL

*Te lo hacemos fácil*

**COMUNICACIONES**

Autorizo a Seguros Pirámide, C.A., a dar aviso o comunicación con respecto al contrato a ser celebrado a través de los siguientes medios electrónicos (SMS y/o correo electrónico). De Igual manera me obligo a notificar por escrito al Asegurador en caso de cambio del número de teléfono o Email aquí indicado.

Número de Celular	Email
-------------------	-------

Fecha en \_\_\_\_\_ el \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_

Firma del Tomador	Huella dactilar	Firma del Propuesto Asegurado	Huella dactilar
C.I.:		C.I.:	

**DECLARACIÓN JURADA**

Declaro formalmente, mediante la firma de esta solicitud, que la información que suministro en este documento es verídica y que no he omitido ninguna circunstancia que tienda a aminorar la gravedad del riesgo con el fin de influenciar a la empresa de seguros a emitir la póliza; así mismo me comprometo a tomar las medidas de precaución y prevención oportunas y necesarias para proteger y salvaguardar los bienes que deseo asegurar. De igual forma estoy en conocimiento que esta solicitud no obliga a la empresa de seguros a emitir la póliza solicitada en mi condición de Tomador de la misma no obstante, si dicha póliza fuera emitida con el recibo correspondiente debidamente pagado en el plazo correspondiente, esta solicitud servirá de base para su otorgamiento y formará parte integrante de la misma.

Yo, el Tomador, declaro bajo fe de juramento que el dinero utilizado para el pago de la prima cuya suscripción solicito proviene de una fuente lícita y por tanto no tienen relación alguna con dinero, capitales, bienes, haberes, valores o títulos producto de las actividades o acciones derivadas de operaciones ilícitas previstas en la ley vigente en relación a esta materia. Así mismo declaro que el dinero que he obtenido de Seguros Pirámide, C.A., con ocasión de pagos de cualquier naturaleza, será destinado a actividades y/o negocios lícitos.

Fecha en \_\_\_\_\_ el \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_

Firma del Tomador	Huella dactilar	Firma del Propuesto Asegurado	Huella dactilar
C.I.:		C.I.:	