

SOLICITUD DE SEGURO - PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL

Sobre la base de la información solicitada en la presente planilla, la ASEGURADORA tomará la decisión de aceptar o no el riesgos, es por ello que esta Solicitud debe ser llenada en todas sus partes.

DATOS DEL TOMADOR

Apellidos y Nombres / Razón Social:		C.I. / R.I.F.:		Tipo de persona: Natural: <input type="checkbox"/> Jurídica: <input type="checkbox"/>	
Nacionalidad: Venezolana <input type="checkbox"/> Extranjera <input type="checkbox"/>		Fecha de nacimiento:		Estado civil: S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	
Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		Ingresos anuales Bs.:		Actividad económica: Profesional <input type="checkbox"/> Industrial <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Gubernamental <input type="checkbox"/>	
Profesión:		Ocupación:		Dirección (De ser persona Jurídica, de la Compañía/De ser Persona Natural, de Habitación):	
Urbanización:		Municipio:		Ciudad:	
Teléfonos:		Fax:		Estado:	
País:		Email:		Dirección de Cobro:	
Urbanización:		Municipio:		Ciudad:	
Teléfonos:		Fax:		Estado:	
País:		Email:		Dirección de Cobro:	

De ser una Persona jurídica indique los siguientes datos:

Nombre Comercial:		Siglas/Nombre Comercial:		Nº Registro de la Compañía:	
Fecha de Constitución:		Tomo Nº		Carácter bajo el cual contrata la Póliza:	

En caso de que el Tomador sea una Persona Jurídica, indicar los datos de la Persona Natural que sirve de contacto

Apellidos y Nombres:		Nacionalidad:		C.I. Nº:		Pasaporte Nº:		Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
Lugar de Nacimiento:		Edad:		Estado Civil: S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>		Ocupación:			
Dirección de Habitación:		Ciudad:		Teléfono de Habitación:					

DATOS DEL PROPUESTO ASEGURADO

Personas Naturales

Apellidos y Nombres:		Nacionalidad:		C.I. Nº:		Pasaporte Nº:		Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
Lugar de Nacimiento:		Edad:		Estado Civil: S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>		Ocupación:			
Dirección de Habitación:		Ciudad:		Teléfono de Habitación:					

Para Personas Jurídicas

Razón Social:				RIF:	
Dirección de la Empresa:					
País:		Ciudad:		Estado:	
Teléfonos de la Compañía:		Ciudad:			
Nombre Comercial:		Siglas/Nombre Comercial:		Teléfono de Habitación:	
Fecha de Constitución:		Tomo Nº:		Carácter bajo el cual contrata la Póliza:	

En caso de que el Propuesto Asegurado sea una Persona Jurídica, indicar datos de la Persona Natural que sirve de contacto

Apellidos y Nombres:		Nacionalidad:		C.I. Nº:		Pasaporte Nº:		Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
Lugar de Nacimiento:		Edad:		Estado Civil: S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>		Ocupación:			
Dirección de Habitación:		Ciudad:		Teléfono de Habitación:					

BENEFICIARIOS

Apellidos y Nombres / Razón Social:	C.I. / RIF.:	% Participación

TIPO DE RIESGO – UBICACIÓN DE LOS BIENES Y OBJETOS A ASEGURAR Y SUS CARACTERÍSTICAS

Tipo de Riesgo: Industrial Comercial Oficina Residencial Almacén o Depósito Institucional
 Industria Petrolera Otros Especifique: _____

La Empresa es: Fabricante Mayorista Detallista Otros Detalle: _____

Complete el siguiente cuadro e indique ¿Cuáles son los productos elaborados, fabricados, vencidos, manipulados o almacenados por su empresa?

Nº de Locales Comerciales	Sucursal	Planta de Producción	Filial	Tipo de Producto	Nombre Comercial	Descripción del Producto

¿Existen programas de control de calidad? Si No De ser afirmativo detalle: _____

¿Utilizan en su empresa o negocio, sustancias radioactivas, explosivos o productos Inflamables o Cualquier afluyente, humo o materia de naturaleza nociva? Si No De ser afirmativo detalle: _____

Indique el Nº : Ejecutivos: _____ Empleados: _____ Obreros: _____ Socios: _____ Otros: _____ Total: _____

Total aprox. De remuneraciones (sueldos y salarios) anuales Bs. _____ Total aproximado de ventas anuales Bs. _____

¿Cuáles son las máquinas principalmente empleadas? Por favor, Detalle: _____

¿Existen calderas de vapor y con qué sustancias se alimentan? Si No De ser afirmativo detalle: _____

¿Qué clase de motores se usan? Eléctricos Diesel Petróleo Otros Detalle: _____

¿Los trabajos que realizan se hacen en recinto cerrado no accesible al público? Si No _____

¿Se realizan trabajos de reparación, mantenimiento, instalación o cualquier otro servicio fuera de sus locales? Si No
 En caso afirmativo detalle: _____

¿Efectúa la empresa operaciones de carga y descarga fuera de los locales? Si No De ser afirmativo detalle: _____

¿Posee la Empresa depósitos o tanques de almacenamiento de agua? Si No En caso afirmativo indique cuantos, capacidad y ubicación: _____

PREDIOS OCUPADOS POR EL PROPUESTO ASEGURADO

1. Clase de Inmueble: Comercio Industria Residencia Hotel Otros Detalle: _____

2. Los Inmuebles son: Propios Alquilados Si es Alquilado indique canon de arrendamiento: _____

3. Valor estimado de los inmuebles en Bs. _____

UBICACIÓN (FAVOR INDICAR LA DIRECCIÓN EXACTA)

Inmueble 1: _____ Área (mts2): _____ Teléfono: _____

Inmueble 2: _____ Área (mts2): _____ Teléfono: _____

Inmueble 3: _____ Área (mts2): _____ Teléfono: _____

Indique claramente:

4. ¿Cuántos pisos tienen?
 Inmueble 1 : _____ Inmueble 2: _____ Inmueble 3: _____

5. ¿Cuántas fachadas dan directamente a la calle?
 Inmueble 1 : _____ Inmueble 2: _____ Inmueble 3: _____

6. ¿Año de construcción?
 Inmueble 1 : _____ Inmueble 2: _____ Inmueble 3: _____

CARACTERÍSTICAS DE LOS ASCENSORES Y MONTACARGAS

1. ¿Cuántos ascensores y montacargas hay en el (los) inmuebles(s)?

Inmueble 1 : _____ Inmueble 2: _____ Inmueble 3: _____

2. Para los ascensores y montacargas indique:

Ascensor N°	Uso	Marca	Serial	Año de Instalación	Capacidad
a)					
b)					
c)					

3. ¿Existe contrato de mantenimiento? (En caso afirmativo, indique el nombre de la empresa y frecuencia de mantenimiento)?

CUESTIONARIO SOBRE LOS ANEXOS QUE SE DESEAN CONTRATAR (CONTESTE SOLO LAS PREGUNTAS DE LOS ANEXOS QUE VA A CONTRATAR, USTED NO ESTÁ OBLIGADO A CONTRATAR TODOS LOS ANEXOS AQUÍ SEÑALADOS)

Responsabilidad Civil de Persona Particular

- Profesión del solicitante: _____
- Indique número de personas que viven con Ud. Y parentesco:
 Cónyuge Padres
 Hijos Personal domestico, sea permanente y/u Ocasional
 Hijos Menores Otros Quien (es) Detalle: _____
- ¿Es Ud. Propietario, inquilino o usuario de viviendas vacacionales? Si No Si es afirmativo indique la dirección: _____

4. ¿Tienes Ud. Animales Domésticos? Si No ¿Cuántos? _____ ¿Raza(s)? _____

5. ¿Tienen los animales domésticos personas para su cuidado? Si No ¿Quién? Detalle: _____

6. ¿Practica Ud. O Alguno de sus familiares algún deporte, en calidad de aficionado? Si No ¿Quién? Detalle: _____

Responsabilidad Civil Profesional de Médicos (Anexar copia del Currículo Vitae original y copia)

Indique Estudios Cursados:

- Título(s) Obtenido(s), Año, Especialidad(es), Instituto(s). (Anexar Copia): _____
- ¿Utiliza aparatos de Rayos X? Si No Si es afirmativo indique el propósito: _____
- ¿Utiliza materia radioactiva? Si No Si es afirmativo indique el propósito: _____
- ¿Practica Ud. Cirugía menor o mayor? Si No Si es afirmativo indique: _____
- ¿Ha sido demandado por razón del ejercicio de su profesión? Si No Si es afirmativo indique: _____
- ¿Se le ha suspendido la licencia que lo autoriza para ejercer su profesión? Si No Si es afirmativo explique las razones: _____

Responsabilidad Civil Contaminación

Indique las materias que se almacenan o se emplean en el proceso de producción en la Empresa, susceptibles de causar daños al medio ambiente.

Tipo	Denominación	Cantidad	Características	Capacidad de Almacenamiento	Lugar de Destino

Señale los tipos de residuos susceptibles de causar daños al medio ambiente, que se originen por el proceso de producción:

Petróleo o sus Derivados Polvos Aguas Negras Gases Lodos Otros

Detalle: _____

Indique ¿Cómo se efectúa la eliminación de residuos? _____

Indique los equipos o instalaciones con que cuenta para la prevención o el control de la contaminación: _____

Señale el requerimiento de energía eléctrica para el perfecto funcionamiento de dichos equipos: _____

Indique los controles y vigilancia del Estado y funcionamiento de los equipos e instalaciones y la frecuencia de mantenimiento: _____

Responsabilidad Civil de Estacionamientos y Talleres

- Indique a que actividad se dedica el solicitante: Estacionamiento Taller Mecánico
- Si es un Taller Mecánico, indique la actividad que realiza: Mecánica en General Latonería y Pintura
Lavado y Engrase Otros
- De ser Taller Mecánico indique la especialidad: _____
- Otras actividades desarrolladas dentro del local: _____

5. Construcción del Local: _____

a) Suelo: _____ c) Techos: _____

b) Paredes: _____ d) Puertas: _____

6. Indique si el local utiliza: taformas Instalaciones Hidráulicas Neumáticos Eléctricas
Detalle: _____ Pla _____

7. Indique si el local es: Su _____ ráneo Elevado A nivel de la calle Capacidad máxima de vehículos:

8. Medidas de vigilancia y btección en caso de ser es tacionamiento (Anexar copia de boleto del estacionamiento):

a) Vigilancia y Protec pro indicar: Durante horas laborables Durante horas no laborables

b) En caso de tener vi ón, te, indicar: N° de vigilan tes: _____ Durante horas laborables Durante horas no laborables

c) ¿Vive alguien permgilantemente dentro del local? En caso afirmativo indique nombre y número telefónico: _____

d) ¿Existen Perros? Si No Si es afirmativo, indique ¿Cuántos?: _____

e) ¿Posee el local exti dores? Si No De haber, indique cantidad y clase: _____

f) ¿Qué empresa hacengumantenimiento y con qué frecuencia?: _____

g) ¿Dónde se guardan el llaves de los vehículos?: _____

9. Indique si presta servic las e entrega, recogida o p rueba de los vehículos propiedad de clientes. En caso afirmativo indicar:
Frecuencia y radio en K io c _____

10. Indique si: n.:

a) ¿El estacionamie tiliza ascensores? Si No De ser afirmativo, indique: Número: _____ Capacidad: _____

b) ¿En el estacionamie ut o Taller utilizan puentes? Si No De ser afirmativo, indique: Número: _____ Capacidad: _____

c) ¿Utilizan fosas? Si No En caso afirmativo indicar: _____

d) ¿Si utilizan materia lamables y explosivas?, indicar cantidades máximas, almacenaje, clase de recipientes y ubicac ión de los mismos dentro s infocal: _____

e) Números de puntos del agua corriente dentro del local: _____

f) Otras Instalaciones: de _____

Responsabilidad Civil Contratista (anexar copia del contrato)

Nombre de la(s) Empresa(s) C ontratista(s) y servicios que prestan:

Nombres	Servicios Prestados	T.de Duración del Contrato	Monto del Contrato

Responsabilidad Civil Contratista Independiente

Señale las empresas contratistas independientes:

Empresa que presta(n) el Servicio	Descripción del Trabajo	Tiempo de Servicio	Monto del Contrato	Duración	Nº de Empleados y Obreros

Responsabilidad Civil Cruzadas (Anexar lista de Propuesto ASEGURADOS Titulares)

Señale las empresas contratistas independientes:

Empresa que presta(n) el Servicio	Descripción del Trabajo	Tiempo de Servicio	Monto del Contrato	Duración	Nº de Empleados y Obreros

Responsabilidad Civil Vigilantes (Anexar nómina y normas internas)

Indique el Nombre de la(s) Empresa(s) de Vigilantes o Personas(s) que le presta(n) el Servicio:

Empresa(s) o Persona(s) que le presta(n) los servicios	Monto de la Nómina	Monto de la Nómina	Vigilantes	Especialidad

¿Los vigilantes poseen armas? Si No En caso de ser afirmativo, indique: ¿Qué clase? _____ Horario de Trab.: _____

Dirección de la(s) Empresa(s) que presta(n) el Servicio: _____

Responsabilidad Civil Ascensores y Montacargas

Indicar:

Ubicación de la obra o servicio donde se realiza el trabajo: _____

Características de los equipos utilizados:

Tipo de Vehículo	Uso	Marca	Año de Instalación o Tiempo de Uso	Capacidad en (Kg)

Dirección del sitio de la obra: _____

¿Existe contrato de mantenimiento? Si No Si es afirmativo, anexas copia del contrato, nombre de la Empresa, frecuencia de uso: _____

Responsabilidad Civil Transporte de Carga y Descarga

Indique:

¿Con que frecuencia realiza transporte de carga / descarga de las mercancías? _____

Zonas o lugares donde transporta la mercancía: _____

Tipo de mercancía transportada, detalle: _____

¿Con que tipo de transporte lo realiza? Carro Camión Otros Detalle: _____

Responsabilidad Civil Avisos Luminosos

Indique:

¿Ubicación y linderos dónde se encuentra el Aviso? _____

¿De qué tipo de aviso se trata? Detalle: _____

Responsabilidad Civil Suministro de Alimentos y Bebidas

Indique:

¿Cuáles son los alimentos y bebidas que se comercializan? _____

Nombre Comercial	Descripción	Tipo de Producto

Está autorizado por las autoridades competentes para comercializar el (los) productos: Si No Si es afirmativo, indique:

Número de Patente de Industria y Comercio: _____ Número de Registro Sanitario: _____

Responsabilidad Civil de Productos Terminados

Detalle a qué tipo de trabajos de reparación, mantenimiento, instalación, servicios o similares se dedica el Asegurado: _____

¿Existen contratos de cumplimiento y de garantía? Si No Detalle: _____

En caso de existir contrato de cumplimiento y garantía, anexas copia.

Responsabilidad Civil de Daños por Agua

¿Existe algún problema de derrame, anegamiento, goteras o vapor en el inmueble a Asegurar en este momento? Si No

Detalle: _____

CARACTERÍSTICAS DEL SEGURO – RIESGO A CUBRIR

Fecha de Emisión	Vigencia del Seguro		Moneda		Frecuencia de pago de la prima		
	Desde	Hasta	Bs.		Anual:	Semestral:	
/ /	/ /	/ /	US\$		Otra:		

COBERTURAS Y LIMITE MÁXIMOS DE RE (Seleccione e indique el límite y sublímite a solid

Coberturas	Lím. De Responsabilidad Bs.	Deducible	Para uso del ASEGURADOR	
			T. Anual /Porc. (%)	Prima Anual (Bs.)
Cobertura Básica de Predios y Operaciones				

Lesiones Corporales: Accidente Evento				
Daños Materiales: Período de Vigencia de la Cobertura				
Límite único combinado por evento y Período				
Coberturas Adicionales (Anexos de:)				
R.C. Incendio y/o explosión				
R.C. Riesgo Locativo				
R.C. Riesgo ante Vecino				
R.C. Contractual				
R.C. Contratistas Independientes				
R.C. Cruzada				
R.C. Transporte, Carga y Descarga				
R.C. Ascensores y Montacargas				
R.C. Daños Causados por Agua				
R.C. Por Contaminación				
R.C. Profesional de Médicos				
R.C. De Persona Particular				
R.C. Vigilantes y/o empresas de vigilancia				
R.C. Para Productos, Venta Anual: Fija: Estimada: Volumen de Ventas Anuales Bs.:				
R.C. Productos de Exportación: Venta Anual Estimada: Fija: Volumen de Ventas Anuales Bs.:				
R.C. Trabajos Terminados				
R.C. Del Patrono (exceso): Monto de Persona la Nómina Evento Período de Vig. de la Cobertura				
R.C. Vehículos Ajenos y/o Alquilados: Nº Vehículo: Límite por cada vehículo Período de Vig. de la Cobertura				
R.C. Estacionamientos y Talleres: Nº Vehículo: Límite por cada vehículo Período de Vig. de la Cobertura				
R.C. Para Garajista: Nº Vehículo: Límite por cada vehículo Período de Vig. de la Cobertura				
R.C. Vehículos en predios Privados: Nº Vehículo: Límite por cada vehículo Período de Vig. de la Cobertura				
R.C. Vehículos Estacionados en los predios del ASEGURADO: Nº Vehículo: Límite por cada vehículo Período de Vig. de la Cobertura				
R.C. Defensa Penal y Asistencia Legal				
R.C. Por Avisos				
R.C. Suministros de Alimentos y Bebidas				
R.C. Resp. Civil de Profesional – Errores u Omisiones				
Ajuste de Prima:				
		Total Prima Anual:		Bs.
		Tot. Primas Mínimas en Depósito:		Bs.
Nota: EL TOMADOR no está obligado a contratar todos y cada uno de los Anexos antes señalados				

Observaciones: (Para ser llenado por la ASEGURADORA)

OTROS SEGUROS

¿Tiene actualmente Seguro de Responsabilidad Civil General? Si No De ser afirmativo, indique:

Pólizas Vigentes:

ASEGURADORA	COBERTURAS	Suma Asegurada	FECHA DE VENCIMIENTO

Siniestros

ASEGURADORA	COBERTURAS	Suma Asegurada	FECHA DE VENCIMIENTO

DECLARACIÓN

Yo, el propuesto ASEGURADO, declaro:

* Que he leído cuidadosa y totalmente, una a una, todas las preguntas y respuestas consignadas en el cuestionario precedente y que ellas son verdaderas, amplias, completas y exactas.

* Que no he omitido ni disimulado, ningún hecho ni circunstancia que pueda modificar la opinión de la ASEGURADORA sobre el riesgo a correr por el seguro solicitado.

Yo _____, TOMADOR de la Póliza doy fe que el dinero utilizado para el pago de la prima del presente Seguro proviene de una fuente lícita y no guarda relación alguna con capitales bienes, haberes o beneficios derivados de las actividades ilícitas o de delitos de Legitimación de Capitales previstos en la Ley Orgánica contra la Delincuencia Organizada.

PRODUCTOR(ES)

Apellidos y Nombres	Código	% Participación	Firma

AUTORIZACIÓN Y COMPROMISO DEL PROPUESTO ASEGURADO

Autorizo a las Compañías o instituciones, para suministrar a la ASEGURADORA, todos los datos que posean antes o después del siniestro. Asimismo autorizo a la ASEGURADORA, a recabar cualquier información relacionada con el riesgo y a verificar los datos de esta Solicitud de Seguro.

Lugar, _____ Fecha: _____ de _____ de _____.

Por el TOMADOR

Por el PROPUESTO ASEGURADO

Productor(es) de Seguros

Nombre(s) y Apellido(s)	Código N°	% Participación	Firma

Domicilio: Lugar donde se suscribió el contrato.