

Datos de Identificación del Solicitante / Tomador

Persona Natural

Nro. C.I./ Pasaporte:		Nacionalidad: <input type="checkbox"/> Venezolana <input type="checkbox"/> Extranjera		País de Origen:		Residente: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
1er. Apellido:		2do. Apellido:		Apellido de Casada:			
1er. Nombre:			2do. Nombre:				
Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		Estado Civil: <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Otro				Fecha de Nacimiento:	
Actividad Económica: <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Profesional		Especifique:		Profesión:			
Ocupación: <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Socio							

Persona Jurídica

Tipo de Persona: <input type="checkbox"/> Jurídica <input type="checkbox"/> Gubernamental		Nro. de RIF:		Nro. de NIT:			
Denominación de la Razón Social:				Siglas / Nombre Comercial:			
Representante Legal de la Empresa Nombres y Apellidos			Nro. C.I./ Pasaporte:		Cargo:		
Nombre del Registro Mercantil				Circunscripción Judicial			
Tomo		Número			Fecha		
Actividad Económica: <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Industrial <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Gubernamental		Breve descripción de los productos o servicios que ofrece:					

Dirección de Habitación (Persona Natural) / Dirección de la Empresa (Persona Jurídica)

País:		Estado:		Ciudad:		Urbanización:	
Av./ Calle /Transv.:			CC./ Edif./ Torre /Casa / Quinta /Local:			Piso Nro. /Nivel:	Of./Apto.
Telf. (Cód.) Nro.:		Telf. Cel. (Cód.) Nro.:		Otro Telf. (Cód.) Nro.:		Fax: (Cód.) Nro.:	
Correo Electrónico:							

Datos de Identificación del Tomador (en caso de que sea distinto al Solicitante)

Tipo de Persona: <input type="checkbox"/> Jurídica <input type="checkbox"/> Gubernamental <input type="checkbox"/> Natural		Nro. de RIF / C.I.:		Nro. de NIT:			
Denominación de la Razón Social / Nombres y Apellidos:				Siglas / Nombre Comercial:			
Nombre del Registro Mercantil				Circunscripción Judicial			
Tomo:		Número:			Fecha:		
Representante Legal de la Empresa Nombres y Apellidos			Nro. C.I. / Pasaporte:		Cargo:		
Actividad Económica: <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Industrial <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Gubernamental				Especifique:			
Dirección de Habitación (en caso de ser Persona Natural) / Dirección de Empresa (en caso de ser Persona Jurídica):							
Telf. (Cód.) Nro.:		Telf. Cel. (Cód.) Nro.:		Otro Telf. (Cód.) Nro.:		Fax: (Cód.) Nro.:	
Correo Electrónico 1:				Correo Electrónico 2:			

Ingreso y Patrimonio: Persona Natural y Persona Jurídica

Ingreso Anual (en Bs.)	<input type="checkbox"/> Menor o igual a doce (12) Salarios Mínimos	<input type="checkbox"/> Mayor a doce (12) Salarios Mínimos
Patrimonio (en Bs.)	<input type="checkbox"/> Menor o igual a veinticuatro (24) Salarios Mínimos	<input type="checkbox"/> Mayor a veinticuatro (24) Salarios Mínimos
Dirección de Cobro (especifique):		

Vigencia del Seguro:

Desde: _____ Hasta: _____

Datos de los Predios a Asegurar

Complete la siguiente información de forma clara y legible. Debe responder todas las preguntas que se le presentan a continuación

País:	Estado:	Ciudad:	Zona Postal:
Urb.:		Av./ Calle /Transv.:	
Centro Comercial / Edf./ Torre / local		Piso Nro./Nivel:	Ofc. / Apto.:
Especifique linderos: Norte:		Este:	Oeste:
Sur:		Telf / Fax:	
El predio colinda con:		Terceros:	
<input type="checkbox"/> Inmueble desocupado, abandonado o en ruinas		<input type="checkbox"/> Terreno sin edificar	
<input type="checkbox"/> Río o quebrada a _____ mts.		<input type="checkbox"/> Obra en demolición	
Nro. de locales (Detalle Dirección de c/u en Anexo de Localidades):			
Actividad asegurada, descripción de los productos fabricados, vendidos o servicio prestados:			
¿Tiene almacenada sustancias peligrosas, tóxicas o inflamables?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo indique:			
Tipo de sustancias y forma de almacenamiento:			

CoberturasLímite Único Combinado: Sí No

Coberturas del Seguro	Límite de Responsabilidad por Evento y/o Año Póliza
BÁSICA	
OPCIONAL	
<input type="checkbox"/> Gastos Para Asistencia Legal	
<input type="checkbox"/> Gastos Para Pagos Suplementarios	
<input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil Por Elaboración y/o Suministro de Alimentos y Bebidas	
<input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil Por Combustibles Líquidos o Gaseosos	
<input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil Ante Terceros por Daños Causados por Agua	
<input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil Contratistas y/o Subcontratistas Independientes	
<input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil Cruzadas	
<input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil Garajes o Estacionamientos	Nro. Vehículo: _____ Límite por Vehículo: _____
<input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil de Auto Lavados	
<input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil de Talleres Mecánicos	Nro. Vehículo: _____ Límite por Vehículo: _____
<input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil de Vehículos Ajenos y Alquilados	
<input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil en Exceso de Responsabilidad Civil de Vehículo	
<input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil de Personas Particulares.	
<input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil Vigilantes con Armas.	
<input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil para Cubrir Riesgo Locativo	
<input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil por Contaminación Accidental	
<input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil de Productos y Trabajos Terminados	Volumen Anual Estimado de Ventas / Ingresos Brutos: _____

Siniestralidad de los Últimos 3 Años

Nro. Póliza Afectada	Fecha Ocurrencia	Compañía	Monto de la Pérdida	Concepto

Otros Seguros

Compañía	Tipo de Póliza	Vigencia	Compañía	Tipo de Póliza	Vigencia
Nro. 1			Nro. 2		
Nro. 3			Nro. 4		

Declaración del Solicitante / Tomador

Doy fe de que el dinero utilizado para el pago de la prima proviene de una fuente lícita y, por lo tanto, no tiene relación alguna con dinero, bienes, valores, títulos, haberes o capitales, producto de las actividades o acciones derivadas de operaciones ilícitas previstas en las Normas sobre Prevención, Control y Fiscalización de los delitos de Legitimación de Capitales y el Financiamiento al Terrorismo, en la Actividad Aseguradora.

Declaro(amos) (en nombre de mi representado) bajo juramento que la información suministrada es exacta, sin omisión de ningún detalle, hecho o circunstancia con el propósito de disminuir o aminorar la gravedad del riesgo o con la intención de cambiar su objeto.

Autorizo(amos) la verificación de la misma, así como a suministrar información a terceros para fines de evaluación de riesgo. Queda entendido que la presente solicitud no otorga cobertura provisional, ni implica compromiso de aceptar la cotización de la Compañía.

Lugar y Fecha Declaración: _____, _____

Apellidos y Nombres Tomador:	Nro. C.I. / RIF:	Firma Tomador:	Pulgar Derecho o en su defecto, de la mano izquierda:
Apellidos y Nombres Solicitante Titular:	Nro. C.I.:	Firma Solicitante Titular:	Pulgar Derecho o en su defecto, de la mano izquierda:

Intermediario:

Apellidos y Nombres::	Código:	% Participación:	Firma:
-----------------------	---------	------------------	--------

Aprobado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora según Providencia N°FSAA-1-1-226 de fecha 23/11/2021