

I. Datos del Tomador

Nombres y Apellidos / Razón Social: _____ C.I. / Pasaporte: _____
 V E _____
 RIF: _____
 Lugar y fecha de nacimiento: _____ Sexo: M F _____
 Estado civil: C S V D Otro _____
 Ingreso anual (en U.T.): Menor a 3.500 Entre 3.501 y 6.500 Mayor a 6.501
 Actividad económica: Comercial Profesional Especifique: _____
 Descripción de la actividad: Independiente Dependiente Societaria Otro _____
 Profesión: _____ Ocupación: _____
 Lugar donde trabaja: _____
 Grupo Económico: _____ Código del Grupo Económico: _____
 Ramo: _____

Dirección de Habitación

Estado: _____	Ciudad: _____	Municipio: _____
Parroquia: _____	Urbanización, Sector, Barrio: _____	Edif., Galpón, Casa, Quinta: _____
Vía principal: _____	Vía 1 (izquierda): _____	Vía 2 (derecha): _____
Torre, Sección, Ala: _____	Piso, Nivel: _____	Local, Ofic., Apto: _____
Referencia: _____	Otro: _____	Código postal: _____
Teléfono habitación: _____	Teléfono oficina: _____	Teléfono celular: _____
E-mail: _____		Fax: _____

Dirección de Oficina

Estado: _____	Ciudad: _____	Municipio: _____
Parroquia: _____	Urbanización, Sector, Barrio: _____	Edif., Galpón, Casa, Quinta: _____
Vía principal: _____	Vía 1 (izquierda): _____	Vía 2 (derecha): _____
Torre, Sección, Ala: _____	Piso, Nivel: _____	Local, Ofic., Apto: _____
Referencia: _____	Otro: _____	Código postal: _____
Teléfono habitación: _____	Teléfono oficina: _____	Teléfono celular: _____
E-mail: _____		Fax: _____

Solicitud de Seguro N°: _____

Si el Tomador es Persona Jurídica responda adicionalmente

Fecha de constitución de la empresa: _____ Tipo de actividad económica: _____

Naturaleza de la empresa: Pública Privada

Productos y/o servicios que ofrece: _____

Utilidad del ejercicio inmediatamente anterior: _____

Patrimonio según el último estado de resultados o estado de ganancias y pérdidas: _____

La factura una vez pagada la Prima de la Póliza, deberá salir a nombre de:

Tomador Asegurado

II. Datos del Propuesto Asegurado

Nombres y Apellidos / Razón Social: _____ C.I. / Pasaporte: _____
V E

RIF: _____

Lugar y fecha de nacimiento: _____ Sexo: M F

Estado civil: C S V D Otro

Ingreso anual (en U.T.): Menor a 3.500 Entre 3.501 y 6.500 Mayor a 6.501

Actividad económica: Comercial Profesional Especifique: _____

Descripción de la actividad: Independiente Dependiente Societaria Otro _____

Profesión: _____ Ocupación: _____

Lugar donde trabaja: _____

Actividad o índole del riesgo: _____

Tipo de riesgo: Comercial Industrial Depósito

Grupo Económico: _____ Código del Grupo Económico: _____

Ramo: _____

Dirección de Habitación

Estado: _____ Ciudad: _____ Municipio: _____

Parroquia: _____ Urbanización, Sector, Barrio: _____ Edif., Galpón, Casa, Quinta: _____

Vía principal: _____ Vía 1 (izquierda): _____ Vía 2 (derecha): _____

Torre, Sección, Ala: _____ Piso, Nivel: _____ Local, Ofic., Apto: _____

Referencia: _____ Otro: _____ Código postal: _____

Teléfono habitación: _____ Teléfono oficina: _____ Teléfono celular: _____

E-mail: _____ Fax: _____

Dirección de Oficina

Estado:	Ciudad:	Municipio:
Parroquia:	Urbanización, Sector, Barrio:	Edif., Galpón, Casa, Quinta:
Vía principal:	Vía 1 (izquierda):	Vía 2 (derecha):
Torre, Sección, Ala:	Piso, Nivel:	Local, Ofic., Apto:
Referencia:	Otro:	Código postal:
Teléfono habitación:	Teléfono oficina:	Teléfono celular:
E-mail:		Fax:

Dirección del Riesgo

Estado:	Ciudad:	Municipio:
Parroquia:	Urbanización, Sector, Barrio:	Edif., Galpón, Casa, Quinta:
Vía principal:	Vía 1 (izquierda):	Vía 2 (derecha):
Torre, Sección, Ala:	Piso, Nivel:	Local, Ofic., Apto:
Referencia:	Otro:	Código postal:
Teléfono habitación:	Teléfono oficina:	Teléfono celular:
E-mail:		Fax:

III. Datos del Representante Legal ante la Empresa de Seguros

Nombres y Apellidos / Razón Social:	C.I. / Pasaporte / RIF:
	V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>

Dirección de Habitación

Estado:	Ciudad:	Municipio:
Parroquia:	Urbanización, Sector, Barrio:	Edif., Galpón, Casa, Quinta:
Vía principal:	Vía 1 (izquierda):	Vía 2 (derecha):
Torre, Sección, Ala:	Piso, Nivel:	Local, Ofic., Apto:
Referencia:	Otro:	Código postal:
Teléfono habitación:	Teléfono oficina:	Teléfono celular:
E-mail:		Fax:

III. Vigencia del Seguro

Desde: ____ / ____ / ____

Hasta: ____ / ____ / ____

IV. Bienes por Asegurar y Coberturas

	Valores a Riesgo	P.R.R		Robo
		Incendio-Terremoto		
Edificaciones				P.R.R ____%
Cimientos		____%	____%	
Mejoras o bienhechurías				
Maquinarias y equipos industriales (para robos solo las maquinarias y equipos movilizables fácilmente)		____%	____%	<input type="checkbox"/>
Instalaciones				<input type="checkbox"/>
Suministros		____%	____%	<input type="checkbox"/>
Mobiliario y enseres				<input type="checkbox"/>
Efectos personales del conserje o administración del condominio				<input type="checkbox"/>
Otros, especifique:		____%	____%	<input type="checkbox"/>
PRIMER RIESGO ABSOLUTO: ____% del total de valores a Riesgo				

V. Coberturas Solicitadas

El Solicitante sólo está obligado a escoger la cobertura básica de esta póliza. Las coberturas restantes son opcionales.

Coberturas		Límites
BÁSICA:		
Incendio, Rayo, Relámpago, Explosión, Caída de Aeronaves..., Agua u otras agentes de extinción, Humo. Gastos para: <ul style="list-style-type: none"> • Extinción de incendios • Demolición, Remoción o Limpieza de Escombros • Honorarios de arquitectos, topógrafos e ingenieros • Reconstrucción de archivos Gastos extraordinarios	<input checked="" type="checkbox"/>	Según las modalidades indicadas en la declaración de los Valores a Riesgo y las condiciones de la Póliza
Terremoto y/o Temblor de Tierra	<input type="checkbox"/>	Ver BÁSICA
Motín, Disturbios Populares, Disturbios Laborales y Daños Maliciosos	<input type="checkbox"/>	
Extensión de Cobertura	<input type="checkbox"/>	
Daños por Agua e Inundación	<input type="checkbox"/>	
Daños Maliciosos a Primera Pérdida	<input type="checkbox"/>	1% de la Básica
Rotura de Vidrios, espejos y cristales	<input type="checkbox"/>	
Robo, Asalto y Atraco	<input type="checkbox"/>	Según cuadro de Valores a Riesgo

	SUMA ASEGURADA		
Maquinarias y Equipo Electrónico		<input type="checkbox"/>	
Daños Internos de Maquinaria (detalles en la sección VIII)		<input type="checkbox"/>	
Daños internos de Equipo Electrónico (detalles en la sección VIII)		<input type="checkbox"/>	
Responsabilidad Civil General		<input type="checkbox"/>	
Predios y Operaciones		<input type="checkbox"/>	
Responsabilidad ante vecinos		<input type="checkbox"/>	
Responsabilidad Patronal		<input type="checkbox"/>	Según título VIII de la Ley Orgánica del trabajo a la hora de contratar.
Asistencia del Condominio		<input type="checkbox"/>	

VI. Identificación del Predio Asegurable

N° de localidades: _____ (Para localidad adicional indicar en la sección I de una nueva Solicitud, la dirección del Predio y llenar las secciones VI, VII y VIII correspondientes).

Año de construcción: _____ N° de pisos (incluyendo sótanos): _____ Altura aproximada: _____ mts

Menciones los inmuebles colindantes. Indique si se trata de **Habitación**, **Comercios** y/o **Industrias**.

			Hab.	Com.	Ind.
Lindero Norte:	_____ a _____ mts.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lindero Sur:	_____ a _____ mts.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lindero Este:	_____ a _____ mts.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lindero Oeste:	_____ a _____ mts.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Existe comunicación con los edificios colindantes?: Sí No . En caso afirmativo, ¿Qué clase de comunicación? _____

Tipo de Construcción: _____ Clase de edificación: _____ Acabado de fachada: _____

Zona sísmica: _____ Corte vertical: _____ Corte horizontal: _____

Mercancía Predominante: _____

El predio colinda con: Inmueble desocupado, abandonado o en ruinas Terreno sin edificar

Obra en demolición Río o Quebrada a _____ mts.

VII. Prevención y Protección contra incendio

¿Tiene extintores? Sí ¿Cuántos? _____ No

¿Existen sistemas de detección y alarmas? Sí No

¿Existen sistemas hidrantes? Sí No

Solicitud de Seguro N°: _____

En caso afirmativo: ¿con bomba propia? Sí No
Cantidad de mangueras: _____ Diámetro: _____ pulg.
¿Tiene rociadores? Sí No
Capacidad de almacenamiento de agua: _____ lts. Reserva para incendios: _____ lts.
Tanque subterráneo Tanque a nivel Tanque elevado
¿Tiene letreros indicando "Prohibido Fumar"? Sí No
Distancia del Cuerpo de Bomberos: _____ km.

VIII. Prevención y Protección contra robo

Características o materiales de construcción	Protecciones y elementos de seguridad adicional
Estructura:	
Techos:	
Paredes:	
Pisos:	
Puertas batientes:	
Puertas arrollables Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> . ¿Cuántas?: _____ Ancho mayor ___ mts	
Ventanas:	
Vitrinas de exhibición:	
Claraboyas, tragaluces, aberturas de aire acondicionado u otras aberturas.	

¿Existen Sistemas de alarmas en el inmueble que contiene los bienes por asegurar? Sí No

En caso afirmativo, indique los puntos protegidos con alarmas. Techo Paredes Exteriores

Puertas Exteriores Ventanas Vitrinas o vidrios Pisos Otros, indique:

¿Existe contrato de mantenimiento para los sistemas de alarmas? Sí No

Nombre de la Empresa: _____

Vigilancia

No posee vigilancia armada

Vigilancia armada sin reloj de control; al menos una persona contratada al efecto dentro del predio, durante horas no laborables

Vigilancia armada con reloj de control, con un sistema de rondas durante las horas no laborables que recorran cada dos (2) horas un mínimo de cuatro estaciones o puntos de lectura aprobada por la empresa aseguradora

Empresa de Vigilancia: _____ Contrato vigente: Sí No

IX. Relación detallada de Bienes y Empleados

Lista de objetos valiosos o de arte con valor unitario superior a 10 U.T

Descripción	Suma Asegurada

Vidrios, Espejos y Cristales

Cantidad/ Descripción/ Ubicación	Medidas (mts)			Suma Asegurada
	Largo	Ancho	Espesor	

Descripción maquinarias (cobertura de Robo)

Descripción / Marca / Año / Capacidad / Modelo / Serial	Suma Asegurada

Descripción maquinarias (cobertura de Daños Internos a las Maquinarias)

Descripción / Marca/ Año / Capacidad / Modelo / Serial	Suma Asegurada

Descripción maquinarias (cobertura de Equipos Electrónicos)

Descripción / Marca / Año / Capacidad / Modelo / Serial	Suma Asegurada

Descripción de los trabajadores a ser incorporados en la cobertura de Responsabilidad Patronal

Nombre	Cedula de Identidad	Sexo	Sueldo Normal
		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	

Si el espacio anterior es insuficiente anexar otra solicitud con la información restante.

Indique si alguno de los trabajadores antes mencionados sufre de diabetes o alguna enfermedad venérea, especifique:

X. Información Complementaria

Indique la cantidad de Accionistas Socios _____ y los nombres de los principales Nombres y apellidos:

¿Se llevan libros de contabilidad de acuerdo a las leyes? Sí No

¿Dónde se guardan los libros de contabilidad?: _____

Fecha del último inventario: _____ Fecha de establecimiento de la firma: _____

Nombre (s) anterior (es) de la firma, si fuese el caso: _____

Referencias Comerciales

Comercio	Dirección	Teléfono

Referencias Bancarias

Entidad Bancaria	Número (s) de cuenta (s)	Teléfono

Siniestros Ocurridos

Compañía aseguradora	Monto asegurado	Nº de póliza	Vigencia

Beneficiario(s) Preferencial(es)

Apellidos y Nombres / Razón Social	Cédula de Identidad o R.I.F.

XI. Intermediario(s)

Apellidos y Nombres	Código	% Participación	Firma

XII. Declaraciones

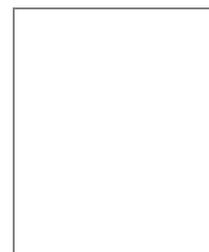
En mi carácter de solicitante de la póliza o en representación de este, declaro que la información aquí suministrada es exacta, sin omisión alguna de detalle, hecho o circunstancia.

Yo, _____, C.I. No. _____, doy fe que el dinero utilizado para el pago de la Prima de la propuesta póliza y las que de esta se deriven, proviene de una fuente lícita y por lo tanto no tiene relación alguna con dinero, capitales, bienes, haberes, beneficios, valores o títulos producto de las actividades o acciones derivadas de operaciones ilícitas, conforme a lo dispuesto en el Título III de las "Normas sobre la Administración de Riesgos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo y Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva en la Actividad Aseguradora", publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 42.128, de fecha 17 de mayo de 2021.

Lugar: _____ Fecha: ____/____/____

Firma del Tomador: _____

Firma del Asegurado: _____

Huella Dactilar Tomador
(Pulgar derecho)Huella Dactilar Asegurado
(Pulgar derecho)**SEGUROS CARACAS, C.A.** RIF: J-00038923-3.

Inscrita en la Superintendencia de la Actividad Aseguradora del Ministerio del Poder Popular para la Economía y Finanzas bajo el N° 13. **"Aprobado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante Providencia N° FSAA-1-1-000382 de fecha 29 de Octubre de 2021"**.

