

## 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 responde 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: \_\_\_\_\_



Solicitud de Seguro N°: \_\_\_\_\_

### 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:
Grupo Índole	Tipo de Predio:	Porcentaje de Localidad:

### 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:



**IV. Vigencia del Seguro** Desde: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### V. Coberturas Solicitadas

El solicitante solo está obligado a escoger la Cobertura Básica de esta Póliza. Las coberturas restantes son opcionales.

Coberturas		Límites
<b>Básica (Predios y Operaciones)</b> • Límite único combinado por evento • Límite único combinado por Año-Póliza • Responsabilidad Civil por: - Incendio y explosión - Elevadores, grúas y montacargas - Contratistas independientes - Vigilantes - Realización de eventos culturales, deportivos y sociales - Suministro de alimentos y bebidas - Daños por agua - Desprendimientos de avisos luminosos - Daños a vehículos estacionados - Carga y descarga - Gastos por defensa, liquidación y pagos suplementarios	<input checked="" type="checkbox"/>	
Responsabilidad Civil de Productos	<input type="checkbox"/>	
Responsabilidad Civil por Armas de Fuego	<input type="checkbox"/>	
Responsabilidad Civil Cruzada	<input type="checkbox"/>	
Responsabilidad Civil Contractual	<input type="checkbox"/>	
Responsabilidad Ante Vecino	<input type="checkbox"/>	
Vehículos Ajenos y/o Alquilados	<input type="checkbox"/>	
Daños por Desprendimiento Accidental de la Carga	<input type="checkbox"/>	
Vehículos en Predios Privados	<input type="checkbox"/>	
Contaminación Accidental al Medio Ambiente	<input type="checkbox"/>	
Propietarios de Terrenos e Inmuebles	<input type="checkbox"/>	
Riesgo Locativo	<input type="checkbox"/>	
Manejador de Sustancias, Materiales y Desechos Peligrosos	<input type="checkbox"/>	
Responsabilidad Civil del Patrono	<input type="checkbox"/>	
Responsabilidad Civil Profesional	<input type="checkbox"/>	Según lo indicado en la sección VI
Responsabilidad Civil de Estacionamientos y Talleres	<input type="checkbox"/>	Según lo indicado en la sección VI
Responsabilidad Civil de Marinas	<input type="checkbox"/>	Según lo indicado en la sección VI
Pruebas y/o Traslados de Vehículos	<input type="checkbox"/>	Según lo indicado en la sección VI



**VI. Información para Coberturas Específicas****Responsabilidad civil profesional**

Cobertura para clínicas: N° de camas: \_\_\_\_\_ N° de Médicos: \_\_\_\_\_

(Anexe relación de médicos y sus especialidades)

Servicios:

Unidad de cuidados intensivos: Sí  No  Laboratorio Sí  No  Rayos X: Sí  No Unidades de radioterapia / quimioterapia: Sí  No  Otros (especifique): \_\_\_\_\_**Límite de responsabilidad por médico**

Especialidad: \_\_\_\_\_ Suma asegurada: \_\_\_\_\_

**Límite de responsabilidad para la clínica**

Cobertura para médicos:

Especialidad: \_\_\_\_\_ Suma asegurada: \_\_\_\_\_

Años de Experiencia: \_\_\_\_\_

¿Dónde Ejerce? Consultorio propio  Hospital  Clínica Privada **Responsabilidad civil para estacionamiento y/o talleres (actividad)**Bares, Discotecas,  Concesionarios  Estacionamientos   
Restaurantes y Similares Talleres de latonería  Talleres mecánicos  Talleres mixtos 

Otros: (especifique) \_\_\_\_\_

Capacidad del estacionamiento: \_\_\_\_\_ ¿Existe vigilancia?: Sí  No ¿Pernoctan vehículos en hora no laborales? Sí  No  ¿Se utilizan parqueadores? Sí  No 

Límite por vehículo: \_\_\_\_\_ Límite por Año Póliza: \_\_\_\_\_

¿Requiere la cobertura de pruebas o traslado de vehículo? Sí  No  Límite: \_\_\_\_\_

Personas autorizadas para realizar las pruebas:

Nombre y apellido: \_\_\_\_\_ C.I: \_\_\_\_\_ Licencia ( N° y grado) \_\_\_\_\_

Nombre y apellido: \_\_\_\_\_ C.I: \_\_\_\_\_ Licencia ( N° y grado) \_\_\_\_\_

Nombre y apellido: \_\_\_\_\_ C.I: \_\_\_\_\_ Licencia ( N° y grado) \_\_\_\_\_



**Responsabilidad civil de marinas**

Nombre de la marina: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Antigüedad: \_\_\_\_\_ Capacidad: En colmenas \_\_\_\_\_ En el agua \_\_\_\_\_

¿Existe vigilancia permanente? Sí  No ¿Suministra combustible? Sí  No 

En caso afirmativo indique la capacidad de almacenamiento de combustible: \_\_\_\_\_

**Sistema de protección contra incendios**Extintores: Sí  No  Cantidad: \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_ Sistema de extensión fijo: Sí  No 

Capacidad de almacenamiento de agua: \_\_\_\_\_ N° de cajetines: \_\_\_\_\_

Sistema de detección: Sí  No  Tipo: \_\_\_\_\_ Unidad de montacargas: \_\_\_\_\_

Capacidad: \_\_\_\_\_

Indique si realizan algún tipo de mantenimiento mayor en la marina: \_\_\_\_\_

Indique el valor promedio de las embarcaciones: \_\_\_\_\_

El valor mayor: \_\_\_\_\_ El valor menor: \_\_\_\_\_

¿Exige seguro de Casco a los propietarios de embarcaciones? Sí  No 

Límite por evento: \_\_\_\_\_ Límite por año - Póliza: \_\_\_\_\_

**VII. Identificación de otros Predios Asegurables**

Nro. de Localidades \_\_\_\_\_ (Para mencionar las localidades adicionales llenar el documento complemento de Solicitud Póliza / Localidades)

**VIII. Información Complementaria**

Siniestros ocurridos en períodos anteriores

Empresa de Seguros	Monto reclamado	N° de Póliza y Ramo	Fecha de Ocurrencia

Otros seguros vigentes sobre los mismos bienes

Empresa de Seguros	Monto asegurado	N° de Póliza y Ramo	Vigencia



**IX. Intermediario(s)**

Apellidos y Nombres	Código	% Participación	Firma

**X. Datos Bancarios para Cobro de Prima**

Si desea que se realice el cobro por medio de domiciliación bancaria, para este año póliza, por favor indicar:

Banco	N° de Cuenta	Tipo de Cuenta

Si desea que se realice el cobro con cargo tarjeta de crédito, para este año póliza, favor indicar:

Banco	N° de Tarjeta de Crédito	Tipo	Vence

**XI. Datos Bancarios para Pago a Titulares**

En caso que la compañía deba efectuar un pago al titular de la póliza, el mismo se realizará a través del banco y cuenta indicados a continuación, siempre y cuando esta última se encuentre a nombre del titular; en caso de información incompleta o errada, el pago se efectuará en cualquiera de las cuentas bancarias activas, que el titular haya suministrado previamente a la compañía.

Deseo que el reembolso o pago me sea efectuado mediante:

Banco y cuenta indicados para Cobro de Primas  Otra cuenta  favor indicar:

Banco	N° de Cuenta	Tipo de Cuenta



## 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.

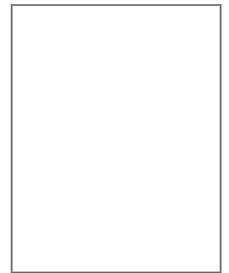
Lugar: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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 Nro. 13. **"Aprobado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante Providencia N° FSAA-1-1-000381 de fecha 13 de Octubre de 2021"**.

