

I. DATOS DEL TOMADOR			
C.I. o R.I.F. Nro.:	Nacionalidad: <input type="checkbox"/> Venezolana <input type="checkbox"/> Extranjera	País de origen:	Residente: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
1er. Nombre:	2do. Nombre:		
1er. Apellido:	2do. Apellido:	Apellido de casada:	
Denominación de la razón social:		Siglas/ Nombre Comercial:	
Ocupación: <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Socio	Tipo de Actividad Económica. Si es comercial indique el ramo <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Comercial:		

### Datos Complementarios a la Planilla de Datos del cliente, referente a los datos del contacto

I. DATOS DEL CONTACTO		
1er. Nombre:	2do. Nombre:	C.I. o R.I.F. Nro.:
1er. Apellido:	2do. Apellido:	Apellido de Casada:
Ocupación: <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Socio	Tipo de Actividad Económica. Si es comercial indique el ramo <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Comercial:	

### II. DATOS DEL PROPUESTO ASEGURADO

1er. Nombre:	2do. Nombre:	C.I. / Pasaporte / R.I.F. Nro.:
1er. Apellido:	2do. Apellido:	Apellido de Casada:
Dirección de Habitación:		
		Teléfono de Habitación:
Denominación de la razón social:		Siglas/ Nombre Comercial:
Dirección de Oficina:		
		Teléfono de Oficina:
		Fax:
Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Edo. Civil: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V	Correo electrónico:
Ocupación: <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Socio	Tipo de Actividad Económica. Si es comercial indique el ramo <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Comercial:	
Profesión :		Ingreso mensual:

### Persona Expuesta Políticamente

La persona expuesta políticamente es una persona natural que es o fue figura política de alto nivel, de confianza o afines, o sus familiares más cercanos o su círculo de colaboradores inmediatos, por ocupar cargos como funcionario o funcionaria importante de un órgano ejecutivo, legislativo, judicial o militar de un gobierno nacional o extranjero, elegido o no, un miembro de alto nivel de un partido político nacional o extranjero o un ejecutivo de alto nivel de una corporación, que sea propiedad de un gobierno extranjero. En el concepto de familiares cercanos se incluyen a los familiares hasta el cuarto grado de consanguinidad y tercero de afinidad. También se incluyen en esta categoría a cualquier persona jurídica que como corporación, negocio u otra entidad haya sido creada por dicho funcionario(a) en su beneficio. Esta categoría se mantendrá mientras la persona persista en el cargo y durante cinco (05) años posteriores a partir de la fecha de entrega o cese del cargo.

¿Desempeña o ha desempeñado cargo público relevante en la República Bolivariana de Venezuela o en otro país?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cargo actual o anterior:
¿Desempeña o ha desempeñado funciones de alto nivel en una organización internacional?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cargo actual o anterior:
¿Usted es usted o ha sido miembro de la directiva de algún partido político en la República Bolivariana de Venezuela o el cargo equivalente para los partidos políticos en el de otro país?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cargo actual o anterior:
¿Es usted y/o algún familiar una Persona Expuesta Políticamente?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cargo actual o anterior:
Nombre del Partido / Corporación:	Vínculo / Nombre del PEP Nacional o Extranjero:

### III. VIGENCIA DEL SEGURO

Vigencia del Seguro :

Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_

### V. DATOS DE LA PROPIEDAD 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.:	Teléfono / Fax:
Datos del registro subalterno:		Fecha:	Nro.:
Tomo:			

El predio colinda con:

- |  |   |
|--|---|
| <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   |

Especifique linderos:

Norte: \_\_\_\_\_ Sur: \_\_\_\_\_ Este: \_\_\_\_\_ Oeste: \_\_\_\_\_

### VI. CARACTERÍSTICAS DEL RIESGO (Complete la información solicitada)

Tipo de Riesgo. <input type="checkbox"/> Industrial <input type="checkbox"/> No Industrial <input type="checkbox"/> Almacén / Depósito	Índole del Riesgo:
Altura de la Edificación. (Pisos o Metros):	Sótano. (Pisos o Metros):
Nro. de entresijos:	Nro. de Mezzaninas:

Breve descripción de las actividades que realiza:

Predios a asegurar y ubicación:

- 1.- \_\_\_\_\_
- 2.- \_\_\_\_\_
- 3.- \_\_\_\_\_
- 4.- \_\_\_\_\_
- 5.- \_\_\_\_\_
- 6.- \_\_\_\_\_

Información adicional del riesgo a asegurar:

### VII. INFORMACIÓN DE BIENES ASEGURADOS

**Marque con X en los casos que aplique y complete la información solicitada**

Tipo de Mercancía refrigerada:	Años de uso de equipos de refrigeración: <input type="checkbox"/> Menos de 10 años <input type="checkbox"/> Más de 10 y menos de 15 años <input type="checkbox"/> Más de 15 años
El predio asegurado cuenta con Planta Auxiliar de suministro de energía eléctrica?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	El Asegurado tiene en almacén repuestos disponibles para cualquier emergencias?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
El Asegurado tiene a su disposición equipos en reserva que le permitan sustituir el equipo averiado, dentro del período de carencia?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	El equipo es usado por un período inferior a seis (6) meses?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

### VIII. SISTEMAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA INCENDIO (Marque con x)

Sistemas Mínimos	Hidrantes	Rociadores	Fuentes de agua	Vigilancia	Brigada contra incendio
<input type="checkbox"/> Alarma <input type="checkbox"/> Detección <input type="checkbox"/> Extinc. portátil <input type="checkbox"/> Externos	<input type="checkbox"/> Internos <input type="checkbox"/> Con Imp. propia <input type="checkbox"/> Sin Imp. propia	<input type="checkbox"/> Abiertos <input type="checkbox"/> Automáticos	<input type="checkbox"/> Una (1) <input type="checkbox"/> Dos (2)	<input type="checkbox"/> Con reloj control <input type="checkbox"/> Sin reloj control <input type="checkbox"/> Armada	<input type="checkbox"/> Personal profesional <input type="checkbox"/> Sin personal profesional
Sistema especial de extinción			Sistema de alarma		
<input type="checkbox"/> Halón <input type="checkbox"/> Espuma	<input type="checkbox"/> Agua pulverizada <input type="checkbox"/> Polvo químico seco	<input type="checkbox"/> Bióxido de carbono <input type="checkbox"/> Otro, especifique: _____	<input type="checkbox"/> Sin conexión a una oficina de control del instalador o cuerpo de vigilancia policial <input type="checkbox"/> Con conexión a una oficina de control del instalador o cuerpo de vigilancia policial.		

**IX. DISTRIBUCIÓN DE LOS VRTA**

Interés	Valores Reales Totales Asegurables	Interés	Valores Reales Totales Asegurables
<input type="checkbox"/> Cimientos	Bs.	<input type="checkbox"/> Mobiliario	Bs.
<input type="checkbox"/> Edificación	Bs.	<input type="checkbox"/> Equipos Electrónicos y/o instalaciones electrónicas	Bs.
<input type="checkbox"/> Maquinarias y Equipos para la industria y comercio	Bs.	<input type="checkbox"/> Equipos y maquinarias de contratistas	Bs.
<input type="checkbox"/> Instalaciones	Bs.	<input type="checkbox"/> Otros:	Bs.
<input type="checkbox"/> Existencias	Bs.	<input type="checkbox"/> Otros:	Bs.
<input type="checkbox"/> Suministros	Bs.	<input type="checkbox"/> Otros:	Bs.
<input type="checkbox"/> Mejoras o Bienhechurías	Bs.	<input type="checkbox"/> Otros:	Bs.

¿Los valores antes indicados para los activos fijos fueron declarados a valor de reposición?:

Sí  No

**X. SECCIONES Y COBERTURAS**

**Marque con una (x) las Secciones y Cobertura que desea contratar**

**Sección I. Daños Directos** V.R.T.A Bs. \_\_\_\_\_ % PP \_\_\_\_\_

**Coberturas sublímite para la Sección de Daños Directos:**

Terremoto o temblor de tierra V.R.T.A Bs. \_\_\_\_\_ % PP \_\_\_\_\_

Motín, disturbios populares, disturbios laborales y daños maliciosos. (Aplica el mismo V.R.T.A y % PR de la Sección I Daños Directos)

Inundación Sublímite Bs. \_\_\_\_\_

Daños por agua Sublímite Bs. \_\_\_\_\_

Robo, asalto o atraco Sublímite Bs. \_\_\_\_\_

Rotura de vidrios y anuncios Sublímite Bs. \_\_\_\_\_

Hurto Sublímite Bs. \_\_\_\_\_

Daños a la edificación por robo Sublímite Bs. \_\_\_\_\_

Portadores externos de datos Sublímite Bs. \_\_\_\_\_

**Coberturas Primera Pérdida:**

Daños por Agua Bs. \_\_\_\_\_ (Siempre que no haya sido seleccionada como sublímite)

Inundación Bs. \_\_\_\_\_ (Siempre que no haya sido seleccionada como sublímite)

Deslave Bs. \_\_\_\_\_

Gastos Exploratorios Bs. \_\_\_\_\_

Deterioro de bienes refrigerados o congelados Bs. \_\_\_\_\_

**Coberturas Límites Adicionales:**

Pérdidas Indirectas Bs. \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_%)

Pérdida de Rentas Bs. \_\_\_\_\_ Nro. de meses máximo (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Demolición, remoción, limpieza de escombros Bs. \_\_\_\_\_

Honorarios de arquitectos, topógrafos e ingenieros Bs. \_\_\_\_\_

Reconstrucción de archivo Bs. \_\_\_\_\_

Gastos Extraordinarios Bs. \_\_\_\_\_

Gastos por Fletes Aéreo Bs. \_\_\_\_\_

Gastos Exploratorios Bs. \_\_\_\_\_

Incremento en el costo de operaciones Bs. \_\_\_\_\_

Gastos por Horas Extras, Turnos Nocturnos, Días Festivos y Flete Expreso Bs. \_\_\_\_\_

**Sección II. Ramos de ingeniería** (Se debe anexar a esta solicitud el listado de los equipos):

- Sublímite Daños Internos a Equipos Electrónicos S.A. Bs. \_\_\_\_\_
- Sublímite Daños Internos por Rotura de Maquinaria S.A. Bs. \_\_\_\_\_
- Sublímite Equipos y Maquinarias de Contratista S.A. Bs. \_\_\_\_\_

**Sección III. Lucro cesante** (Sólo puede seleccionar una de las modalidades de Lucro Cesante, siempre que no haya sido seleccionada la cobertura de pérdidas indirectas):

- Lucro cesante forma inglesa Utilidad Bruta Bs. \_\_\_\_\_  
Periodo de indemnización \_\_\_\_\_ meses
- Lucro cesante forma Americana Utilidad Bruta Bs. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ % de Coaseguro a cargo de El Asegurado

**XI. OTROS SEGUROS**

Compañía	Tipo de Póliza / Ramo	Status Vigente / Vencida	Compañía	Tipo de Póliza / Ramo	Status Vigente / Vencida
<b>Nro. 1</b>			<b>Nro. 3</b>		
<b>Nro. 2</b>			<b>Nro. 4</b>		

**XII. BENEFICIARIO(S) PREFERENCIAL(ES)**

Razón Social / Apellidos y Nombres	C.I. / Pasaporte / R.I.F. Nro.	Bien(es)

**XIII. DECLARACIONES DEL TOMADOR**

Doy fe 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, capitales, bienes, haberes, valores o títulos 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.

Razón Social / Apellidos y Nombres:	Firma:	C.I. / R.I.F. Nro.:	Lugar y Fecha:

**XIV. INTERMEDIARIO**

Apellidos y Nombres:	Código:	Firma:

Sello y firma del Representante de <b>EL ASEGURADOR</b> :	Firma de <b>EL TOMADOR</b> :	Huella Dactilar de <b>EL TOMADOR</b> :

Aprobado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora Según Oficio Nro. 182 de fecha 24-01-2012