

PÓLIZA DE SEGURO DE TODO RIESGO INDUSTRIAL SOLICITUD DE SEGURO



Fecha de solicitud: _____

Sucursal de Emisión: _____

N° de Póliza: _____

Vigencia: _____

Tipo de Moneda: _____

En base a la información suministrada en esta solicitud la empresa de seguros tomará la decisión de aceptar o no el riesgo, es por ello que la misma debe ser llenada en su totalidad, sin enmiendas y debidamente firmada por el Tomador y el Propuesto Asegurado.

DATOS DEL TOMADOR (PERSONA NATURAL)											
Apellidos y Nombres:											
Tipo de Persona: Natural Jurídica		N° de Cédula: V E		R.I.F. Persona Natural J VJ		N° Pasaporte:		Fecha de Nacimiento		Sexo: M F	
Estado Civil: Casado Soltero Viudo Divorciado Otro			Lugar de Nacimiento:		País:		Estado:		Ciudad:		Nacionalidad:
Ingreso promedio anual:				Actividad económica: Industrial Comercial Profesional Gubernamental					Ramo:		
Profesión:		Oficio/ Ocupación:		Descripción de la actividad: Industrial Dependiente Societaria Otro					Lugar donde trabaja:		
DATOS DEL TOMADOR (PERSONA JURÍDICA)											
Nombre o Razón Social:								R.I.F. de la Empresa:			
Dirección de la empresa:											
País:		Estado:		Ciudad:		Email:		Teléfono de oficina:			
Actividad Económica: Industrial Comercial Profesional Gubernamental					Productos y/o servicios que ofrece:			Utilidad Bruta Anual:			
Patrimonio según el último estado de resultados o estado de ganancias y pérdidas:					Nombre del Representante Legal:			N° de Cédula: V E			
R.I.F. del Representante Legal: J				Dirección del representante legal:							
País:		Estado:		Ciudad:		Email:		Teléfono Celular:		Teléfono de Oficina:	
En caso de ser persona jurídica, indique los datos del Representante Legal											
Apellidos y Nombres/ Razón Social:											
Tipo de Persona: Natural Jurídica		N° de Cédula: V E		R.I.F. Persona Natural: J VJ		N° de Pasaporte:		Fecha de Nacimiento:		Sexo: M F	

Estado Civil: Casado Soltero Viudo Divorciado Otro		Lugar de Nacimiento:		País:	Estado:	Ciudad:	Nacionalidad:
Ingreso promedio anual:		Actividad económica (si es comerciante debe indicar el ramo). Industrial Comercial Profesional Gubernamental				Ramo:	
Profesión:	Oficio/ Ocupación:	Descripción de la actividad: Industrial Dependiente Societaria Otro				Lugar donde trabaja:	
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA DEL TOMADOR: PERSONA NATURAL							
Avenida:		Sector:		Calle:		Urbanización:	
Edificio/Torre/Quinta/Casa	Piso:	Apto N°:	Municipio:		Ciudad:	Parroquia:	
Estado:	Zona Postal:	Condiciones de Vivienda: Propia Alquilada			Teléfono Oficina:		
Teléfono Domicilio:		Teléfono Celular:		Email:			
DIRECCIÓN DE TRABAJO DEL TOMADOR: PERSONA NATURAL							
Avenida:		Sector:		Calle:		Urbanización:	
Edificio/Torre/Quinta/Casa	Piso:	Apto N°:	Municipio:		Ciudad:	Parroquia:	
Estado:	Zona Postal:	Condiciones de Vivienda: Propia Alquilada			Teléfono Oficina:		
Teléfono Domicilio:		Teléfono Celular:		Email:			
DIRECCIÓN DE COBRO							
Igual dirección de Residencia		Igual dirección de trabajo		Igual dirección del tomador persona jurídica			
Avenida:		Sector:		Calle:		Urbanización:	
Edificio/Torre/Quinta/Casa:		Piso:	Apto N°:	Municipio:	Ciudad:	Parroquia:	
Estado:	Zona Postal:	Condiciones de Vivienda: Propia Alquilada			Teléfono Oficina:		
Teléfono Domicilio:		Teléfono Celular:		Email:			
DIRECCIÓN DEL PROPUESTO ASEGURADO: PERSONA NATURAL							
Igual dirección de Residencia		Igual dirección de trabajo		Igual dirección del tomador persona jurídica			
Avenida:		Sector:		Calle:		Urbanización:	
Edificio/Torre/Quinta/Casa		Piso:	Apto N°:	Municipio:		Ciudad:	Parroquia:
Estado:	Zona Postal:	Condiciones de Vivienda: Propia Alquilada			Teléfono Oficina:		
Teléfono Domicilio:		Teléfono Celular:		Email:			

DIRECCIÓN DE RIESGO									
Estado:		Ciudad:		Municipio:			Parroquia:		
Avenida:		Sector:		Calle:			Urbanización:		
Edif/ Galpón/Casa/ Quinta:		Torre/Sección:		Local:		Oficina:		Piso:	
Nivel:		Zona Postal:		Teléfono de riesgo:					
Teléfono Celular:		Teléfono Oficina:		Email:					
LOCALIDADES AMPARADAS									
N°	Calle / Avenida / Sector	Edif/ Casa/ Galpón	Torre/ Local/ Oficina	Urbanización	Parroquia	Ciudad	Municipio	Estado	Teléfono
1									
2									
3									
4									
5									
CARACTERÍSTICAS DEL RIESGO:									
Tipo de Riesgo: Industrial Comercia I (No Industrial) Depósito Almacén Residencial									
Índole y/o actividad comercial:									
EL PREDIO COLINDA CON:									
Inmueble desocupado, abandonado o en ruinas: Sí No					Río o quebrada: Sí No a mts.				
Terreno sin edificar: Sí No					Obra en demolición: Sí No				
VIGENCIA DEL SEGURO									
Desde: / /					Hasta: / /				
BIENES A ASEGURAR									
Partidas asegurables						Valores de Riesgo			
Edificaciones									
Cimientos (aplica solo para terremotos edificación)									
Maquinarias y equipos para la industria y el comercio									
Instalaciones									
Existencias									

Suministros	
Mejoras o bienhechurías	
Mobiliario	
Equipos electrónicos	
Equipos y maquinarias de Contratista	
Otros especifique	
Utilidad Bruta Anual	
TOTAL VALORES A RIESGO	
Suma asegurada y/o límite máximo de indemnización : 100 % del Total de los valores a Riesgo	
Primer Riesgo Absoluto: % del Total de los Valores a Riesgo:	
COBERTURAS SOLICITADAS	
Coberturas Básicas	Sumas aseguradas o límites de responsabilidad
Pérdidas y Daños directos a Edificaciones y Contenido Daños a la edificación por robo	X Según modalidades indicadas en la declaración de los Valores a Riesgo y las Condiciones de la Póliza
Rotura de Maquinarias	X
Daños a Equipos Electrónicos	X
Equipo de Contratista	X
Lucro Cesante : % de la Utilidad Bruta Anual	X
Lucro Cesante por rotura de maquinarias % de la Utilidad Bruta Anual	X
Coberturas Adicionales y Opcionales	Sumas aseguradas o límites de responsabilidad
Inundación *	Especificar seguidamente en Riesgos a Primera Pérdida
Daños Causados por Agua *	
Bienes Refrigerados y/o Congelados * Período de carencia: No. de horas	
Rotura de Vidrios y/o Anuncios *	
Pérdida de renta * Período de renta: N° de meses	
Pérdidas Indirectas *	15% 20% 25% 30%
Sustracción Ilegítima (Robo, Asalto o Atraco) *	
Motín, Disturbios Populares, Disturbios Laborales y Daños Maliciosos *	
Terremoto o Temblor de Tierra *	
* Estas coberturas no son de obligatoria contratación	
LÍMITES DE RESPONSABILIDAD: son las cantidades incluidas en la suma asegurada y/o límite máximo de indemnización.	
RIESGOS A PRIMERA PÉRDIDA: cantidades incluidas en la suma asegurada y/o límite máximo de indemnización	

Daños Causados por Agua						
Inundación						
Rotura de Vidrios						
Rotura de Anuncios						
Bienes refrigerados y/o congelados						
Honorarios de Arquitectos, Topógrafos e Ingenieros						
Demolición, Remoción o Limpieza de Escombros						
Reconstrucción de Archivos						
Sub-Límites de Responsabilidad (especificar la cobertura y límite de responsabilidad)						
RELACIÓN DETALLADA DE BIENES						
MAQUINARIAS: ANEXE RELACIÓN COMPLEMENTARIA DE SER NECESARIO						
Descripción	Marca	Año	Capacidad	Modelo	Serial	Suma Asegurada
EQUIPOS ELECTRÓNICOS: ANEXE RELACIÓN COMPLEMENTARIA DE SER NECESARIO						
Descripción	Marca	Año	Capacidad	Modelo	Serial	Suma Asegurada
RELACIÓN DE VIDRIOS Y/O ANUNCIOS						
Cantidad	Descripción	Ubicación	Largo	Ancho	Espesor	Suma Asegurada
LISTA DE OBJETOS VALIOSOS O DE ARTE CON VALOR UNITARIO						
Descripción (Nombre Objeto)			Características	Dimensiones		Suma Asegurada

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA			
Libros de Contabilidad:			
¿Se llevan libros de Contabilidad de acuerdo a las Leyes? Sí No ¿Dónde se guardan?:			
Fecha de último inventario:		Fecha del establecimiento de la firma:	
Nombre (s) anterior (es) de la firma, si fuese el caso:			
DATOS PARA INSPECCIONAR EL RIESGO			
Persona Contacto	Teléfono		Cargo / Relación con el Asegurado
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 reclamado	N° de Póliza	Vigencia
BENEFICIARIO (S) PREFERENCIAL (ES)			
Apellidos y nombres o Razón Social	Cédula de Identidad o RIF	Interés Asegurado sobre el cual pesa la Acreencia	Monto de la Acreencia
INTERMEDIARIO(S) DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA			
Apellidos y nombres o Razón Social	Código	% Participación	Firma
FORMAS DE PAGO			
Frecuencia:	Anual	Semestral	Trimestral Mensual
DATOS BANCARIOS PARA COBRO DE PRIMA			
Cobro por medio de domiciliación bancaria			
Si desea que se realice el cobro por medio de domiciliación bancaria, para este año póliza, favor indicar:			
Nombre del Titular de la Cuenta:	Cédula de Identidad	Correo electrónico	
Tarjeta de Crédito Visa	Tarjeta de Crédito Master Card		
Banco	Número de Cuenta/ Tarjeta	Tipo de Cuenta	

Datos bancarios para el 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. Deseo que el reembolso o pago me sea efectuado mediante: Banco y cuenta indicados para Cobro de Primas Otra cuenta * *En caso de tildar otra cuenta , por favor indique:		
Banco	Número de Cuenta	Tipo de Cuenta
DECLARACIONES		
Tomador		
Yo, _____ el Tomador de la Póliza, doy fe bajo juramento que los datos suministrados a Seguros Constitución, C.A. son veraces, verificables, comprobables y completos. Asimismo, declaro que el dinero utilizado para el pago del servicio a contratar, proviene de una fuente lícita que no guarda relación alguna con capitales, bienes, haberes, valores o títulos, que fueren producto de las actividades o acciones derivadas de operaciones ilícitas.		
En _____ el día _____ del mes de _____ del año _____ _____ Firma del Tomador _____ Cédula de Identidad del Tomador Huella Dactilar (pulgar derecho o en su defecto pulgar izquierdo)		
Propuesto Asegurado		
Yo, _____ el Propuesto Asegurado, doy fe que bajo juramento declaro que he leído total y cuidadosamente las preguntas formuladas en el cuestionario precedente y doy fe que las respuestas por mí proporcionadas son verdaderas, completas y exactas. Asimismo, declaro que no he cometido ningún hecho ni circunstancia que pueda modificar la opinión de la COMPAÑIA sobre el riesgo a correr por el seguro solicitado. Por otra parte, como ASEGURADO de la póliza, doy fe bajo juramento que los datos suministrados a Seguros Constitución, C.A. son veraces, verificables, comprobables y completos.		
En _____ el día _____ del mes de _____ del año _____ _____ Firma del Propuesto Asegurado _____ Cédula de Identidad del Propuesto Asegurado Huella Dactilar (pulgar derecho o en su defecto pulgar izquierdo)		
Intermediario de la Actividad Aseguradora		
El suscrito Intermediario de la actividad aseguradora, verificó la información suministrada, en cumplimiento de las Normas sobre Administración de Riesgo de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo, Financiamiento a la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva y Otros Ilícitos en la Actividad Aseguradora; obligación establecida en su artículo 49.		
Apellidos y Nombres del Intermediario _____ Firma del Intermediario Cédula de Identidad del Intermediario _____ Código del Intermediario Huella Dactilar (pulgar derecho o en su defecto pulgar izquierdo)		

PARA LA SUSCRIPCIÓN DE LA PÓLIZA SE DEBE ANEXAR A ESTA SOLICITUD DE SEGURO:

Persona Natural	Persona Jurídica
a. Copia fotostática de la Cédula de Identidad laminada.	a. Copia fotostática del Registro de Información Fiscal (RIF).
	b. Acta constitutiva y estatutos sociales de la empresa, con sus correspondientes modificaciones, cuando sea el caso.
b. Copia fotostática del Registro de Información Fiscal (RIF).	c. Copia del documento de identidad del representante legal y documento de su nombramiento (cédula de identidad, pasaporte, RIF, entre otros)
	d.- Cualquier otro documento relacionado con el cliente y sus actividades.