

SOLICITUD DE SEGURO DE LA PÓLIZA DE COMBINADO EMPRESARIAL

CONSTIEMPRESA



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 PROPUESTO ASEGURADO TITULAR					
Apellidos y nombre / Razón social:		N° de Cédula:		R.I.F. Persona Natural: J V	
N° de pasaporte:		Sexo: M F		Estado civil: S C V D O	
Dirección de domicilio:				Teléfono de domicilio:	
Lugar de Nacimiento:		País:		Estado:	
				Ciudad:	
				Nacionalidad:	
Fecha de Nacimiento:		Profesión:			Ocupación:
Ingreso Anual:	Actividad económica (si es comerciante debe indicar el ramo). Ramo:			Descripción de la actividad: Independiente Dependiente Societaria Otro	
Dirección de oficina:				Teléfono de oficina:	
DATOS DEL TOMADOR (PERSONA NATURAL)					
Apellidos y Nombres/ Razón Social:					
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 Anual:	
Profesión:		Oficio:			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: Actividad Profesional Comercial Industrial				Productos y/o servicios que ofrece:			Utilidad del ejercicio económico inmediatamente anterior:			
Patrimonio según el último estado de resultados o estado de ganancias y pérdidas:										
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 anual:				Actividad económica (si es comerciante debe indicar el ramo). Industrial Comercial Profesional Gubernamental				Ramo:		
Profesión:		Oficio:		Descripción de la actividad: Industrial Dependiente Societaria Otro				Lugar donde trabaja:		
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA DEL TOMADOR: PERSONA NATURAL										
Avenida:			Sector:			Calle:		Urbanización:		
Edif./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:		
Edif./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 DE RIESGO															
Estado:		Ciudad:		Municipio:			Parroquia:								
Avenida:		Sector:		Calle:			Urbanización:								
Edif/ Galpón/Casa/ Quinta:		Torre/Sección:		Local:		Oficina:		Piso:		Apartamento N°:					
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		No Industrial		Depósito		Almacén							
Índole y/o actividad comercial:															
El Predio colinda con:															
Inmueble desocupado, abandonado o en ruinas:				Sí		No		Río o quebrada a		mt.		Sí		No	
Terreno sin edificar:				Sí		No		Obra en demolición:		:		Sí		No	
VIGENCIA DEL SEGURO															
Desde:				/		/		Hasta:		/		/			
BIENES A ASEGURAR															
Partidas asegurables	Valores de Riesgo	P.R.R.		Robo											
		Incendio	Terremoto												
Edificaciones		%	%	P.R.R. %											
Maquinaria (Incendio)		%	%												
(Para robo, solo las máquinas y equipos movibles fácilmente)															
Instalaciones		%	%												

Existencias		%	%	
Suministros		%	%	
Mejoras o bienhechurías		%	%	
Mobiliario		%	%	
Equipos electrónicos		%	%	
Otros, especifique:		%	%	
COBERTURAS SOLICITADAS				
Solo la cobertura básica de esta póliza es obligatoria. Las coberturas restantes son opcionales.				
Coberturas Básicas		Sumas aseguradas y límites		
- Daños o pérdidas - Responsabilidad Civil Extracontractual	X	Según modalidades indicadas en la declaración de los Valores a Riesgo y las Condiciones de la Póliza		
Coberturas Opcionales (no son de obligatoria contratación)		Sumas aseguradas y límites		
Sustracción Ilegítima (Robo, Asalto o Atraco)		Según detalle en bienes por asegurar		
Daños por agua. Indique monto sólo si es a primera pérdida (P.P.)				
Inundación. Indique monto sólo si es a primera pérdida (P.P.)				
Motín, Disturbios Populares, Disturbios Laborales y Daños Maliciosos		Según detalle en bienes por asegurar		
Terremoto o Temblor de Tierra		Según detalle en bienes por asegurar		
Rotura de Vidrios				
Rotura de Anuncios				
Deterioro de bienes refrigerados o congelados				
Pérdidas Indirectas en exceso de la básica (15%)		20%	25%	30%
Pérdida de renta / N° de meses				
Exceso de daños maliciosos				
Daños Internos de Maquinaria				
Daños Internos Equipos Electrónicos				
Portadores Externos de Datos, Programas , Gastos Operacionales				
Fidelidad: N° Empleados: Colusión/Año-Póliza:		Por empleado		
Dinero en Local				
Dinero en Tránsito				
Falsificación				

Riesgo Locativo						
Responsabilidad ante vecinos						
R.C. Productos: Volumen estimado de ventas:						
Asistencia a la Empresa	X	Incluida				
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
Descripción de maquinarias (Cuando el valor de esta partida para la cobertura de Robo sea inferior a la de Incendio).						
Descripción	Marca	Año	Capacidad	Modelo	Serial	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	
Empleados que figuran para la cobertura de Fidelidad (solo cuando los límites por empleados son diferentes entre ellos).			
Nombre y Apellido	Cargo	Dpto. / Gerencia	Límite por empleado
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)			
Apellidos y nombres o Razón Social	Código	% Participación	Firma

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:

Banco	Número de Cuenta	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:

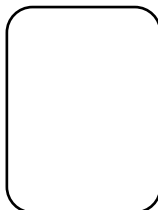
Banco	Número de Cuenta	Tipo de Cuenta

DECLARACIONES**Tomador**

Yo, _____, 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

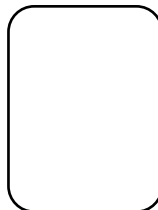
Huella Dactilar (pulgar derecho o en su defecto pulgar izquierdo)

Propuesto Asegurado

Yo, _____, 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 del ASEGURADOR 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		
_____ Apellidos y Nombres 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.