

## SOLICITUD DE SEGURO DE COMBINADO EMPRESARIAL



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 VJ	
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:	Descripción de la actividad: _____ Independiente 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: 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:						
<b>En caso de ser persona jurídica, indique los datos del Representante Legal</b>						
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:	
<b>DIRECCIÓN DE RESIDENCIA DEL TOMADOR: PERSONA NATURAL</b>						
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:		
<b>DIRECCIÓN DE TRABAJO DEL TOMADOR: PERSONA NATURAL</b>						
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:		
<b>DIRECCIÓN DE COBRO</b>						
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		%	%	

Aprobada por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante Providencia SAA-0717-2024 de fecha 27 de agosto de 2024  
 Av. Venezuela, entre Av. Lazo Martí y Calle Mohedano, Edif. Torre Constitución, El Rosal, Código Postal 1060, Caracas -Venezuela. Teléfono Máster: (0212) 957.98.00.  
 Seguros Constitución, C.A. Inscrita ante la Superintendencia de la Actividad Aseguradora bajo el N° 96. RIF: J-09028623-3 - NIT: 0033556403

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		Sumas aseguradas y límites
Pérdidas Indirectas en exceso de la básica (15%)*		20%      25%      30%
Motín, Disturbios Populares, Disturbios Laborales y Daños Maliciosos*		Según detalle en bienes por asegurar
Exceso de daños maliciosos *		
Terremoto o Temblor de Tierra*		Según detalle en bienes por asegurar
Pérdida de renta / N° de meses*		
Daños por agua. Indique monto sólo si es a primera pérdida (P.P.)*		
Inundación. Indique monto sólo si es a primera pérdida (P.P.)*		
Rotura de Vidrios*		
Rotura de Anuncios*		
Deterioro de bienes refrigerados o congelados*		
Robo, Asalto o Atraco*		Según detalle en bienes por asegurar
Daños Internos de Maquinaria*		
Daños Internos Equipos Electrónicos*		
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:            *		

Aprobada por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante Providencia SAA-0717-2024 de fecha 27 de agosto de 2024  
 Av. Venezuela, entre Av. Lazo Martí y Calle Mohedano, Edif. Torre Constitución, El Rosal, Código Postal 1060, Caracas -Venezuela. Teléfono Máster: (0212) 957.98.00.  
 Seguros Constitución, C.A. Inscrita ante la Superintendencia de la Actividad Aseguradora bajo el N° 96. RIF: J-09028623-3 - NIT: 0033556403

Asistencia a la Empresa	X	Incluida
-------------------------	---	----------

\*Estas coberturas no son de obligatoria contratación

**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

**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

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

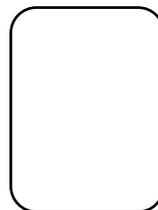
**Huella Dactilar (pulgar derecho o en su defecto pulgar izquierdo)**

**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:**

<b>Persona Natural</b>	<b>Persona Jurídica</b>
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.