



Solicitud de Seguro N°: _____

Fecha de Solicitud: _____

Sucursal de Emisión: _____

I. Datos del Tomador

Nombres y apellidos / razón social: _____ C.I. / Pasaporte / RIF: _____

V E J

Ingreso anual (en U.T.): Menor a 530 Entre 530 y 1.320 Mayor a 1.320

Actividad económica: Comercial Profesional

Ocupación: Socio Empleado Ejercicio independiente Otro

Grupo Económico: _____ Código del Grupo Económico: _____

Ramo: _____

Dirección del Tomador

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: _____

II. Datos del Propuesto Asegurado

Nombres y apellidos / razón social: _____ C.I. / Pasaporte / RIF: _____

V E J

Ingreso anual (en U.T.): Menor a 530 Entre 530 y 1.320 Mayor a 1.320

Actividad económica: Comercial Profesional

Ocupación: Socio Empleado Ejercicio independiente Otro

Actividad o índole del riesgo: _____

Tipo de riesgo: Comercial Industrial Depósito

Grupo Económico: _____ Código del Grupo Económico: _____

Ramo: _____



Solicitud de Seguro N°: _____

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 E J

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:

IV. Vigencia del Seguro Desde: ____/____/____ Hasta: ____/____/____

V. Bienes por Asegurar y Coberturas

Partidas Asegurables	Valores a Riesgo	P.R.R.		Robo
		Incendio - Terremoto		
Edificaciones		%	%	P.R.R. _____ %
Maquinaria (Incendio)		%	%	
(Para Robo, solo las maquinarias y equipos movilizables fácilmente)				<input type="checkbox"/>

Solicitud de Seguro N°: _____

Instalaciones		%	%	<input type="checkbox"/>
Existencias		%	%	<input type="checkbox"/>
Suministros		%	%	<input type="checkbox"/>
Mejoras o Bienhechurías		%	%	
Mobiliario		%	%	<input type="checkbox"/>

VI. Coberturas Solicitadas

El Solicitante solo está obligado a escoger la cobertura básica de esta Póliza. Las coberturas restantes son opcionales.

Coberturas		Límites
BÁSICA: Incendio, rayo o relámpago, explosión, impacto de aeronaves... Agua u otros agentes de extinción, humo y pérdidas o daños de equipaje.	<input checked="" type="checkbox"/>	Según modalidades indicadas en la declaración de los Valores a Riesgo y las Condiciones de la Póliza
Extensión de cobertura: huracán, ventarrón, tempestad, tormentas, tornado, ciclón, impacto de vehículos terrestres, caída de antenas parabólicas, torres...	<input type="checkbox"/>	
Gastos Adicionales hasta un 10% para: Extinción de incendio, demolición, remoción de escombros, honorarios profesionales, reconstrucción de archivos y destrucción preventiva.	<input type="checkbox"/>	
Destrucción preventiva	<input type="checkbox"/>	
Gastos extraordinarios	<input type="checkbox"/>	
Gastos de alquileres	<input type="checkbox"/>	
Pérdidas Indirectas	<input type="checkbox"/>	15% <input type="checkbox"/> 20% <input type="checkbox"/> 25% <input type="checkbox"/> 30% <input type="checkbox"/> 35% <input type="checkbox"/>
Robo	<input type="checkbox"/>	Según detalle en la Sección V
Asalto o Atraco	<input type="checkbox"/>	
Robo con Escalamiento	<input type="checkbox"/>	10% de la Suma Asegurada de Robo
Daños por Agua (mínimo 10% de la suma asegurada de Incendio)	<input type="checkbox"/>	
Inundación	<input type="checkbox"/>	
Motín, Disturbios Populares, Disturbios Laborales y Daños Maliciosos	<input type="checkbox"/>	Ver BÁSICA
Adicional de Daños Maliciosos	<input type="checkbox"/>	
Terremoto o Temblor de Tierra	<input type="checkbox"/>	Según detalle en la Sección V
Rotura de Vidrios	<input type="checkbox"/>	
Rotura de Anuncios	<input type="checkbox"/>	
Deterioro de Bienes Refrigerados o Congelados	<input type="checkbox"/>	
Pérdida de Renta	Nº de Meses:	<input type="checkbox"/>

Solicitud de Seguro N°: _____

Mercancía en Tránsito Volumen Estimado Anual: _____		<input type="checkbox"/>	
Maquinaria y Equipos Electrónicos	SUMA ASEGURADA _____	<input type="checkbox"/>	
Daños Internos de Maquinaria (detalles en la sección VIII)		<input type="checkbox"/>	
Daños Internos de Equipo Electrónico (detalles en la sección VIII)		<input type="checkbox"/>	
Fidelidad N° Empleados _____ Colusión / Año-Póliza _____		<input type="checkbox"/>	_____ Por empleado
Dinero en Local		<input type="checkbox"/>	
Sub-límite para Tarjetas Telefónicas		<input type="checkbox"/>	
Sub-límite para Isleros (Solo para Índole de Estaciones de Servicios)		<input type="checkbox"/>	
Dinero en Tránsito		<input type="checkbox"/>	
Falsificación		<input type="checkbox"/>	
Predios y Operaciones		<input type="checkbox"/>	
Riesgo Locativo		<input type="checkbox"/>	
R.C. Productos Volumen estimado de ventas: _____		<input type="checkbox"/>	
Responsabilidad Empresarial		<input type="checkbox"/>	
Cantidad de Trabajadores: _____		<input type="checkbox"/>	
Monto Estimado de la Nómina: _____		<input type="checkbox"/>	
Liberty Asistencia a la Empresa		<input type="checkbox"/>	

VII. Identificación de otros Predios Asegurables

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

Información para inspeccionar el riesgo, anexe hoja adicional de ser necesario

Persona(s) Contacto	Cargo(s)	Números Telefónicos *	Observación

* Favor colocar los números con sus respectivos códigos de área y/o de telefonía móvil

VIII. Relación detallada de Bienes (anexe hoja adicional de ser necesario)

Lista de objetos valiosos o de arte con valor unitario superior a 10 U.T.

Descripción (Nombre objeto, Características, Dimensiones)	Suma Asegurada

Solicitud de Seguro N°: _____

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

Descripción de maquinarias y equipos electrónicos para la cobertura de Daños internos

Descripción, Marca, Año, Capacidad, Modelo, Serial	Maq.	E.E.	Suma Asegurada
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Empleados que figuran para la cobertura de Fidelidad (Solo cuando los límites por empleados son diferentes entre ellos).

Nº	Cargo	Departamento	Límite por Empleado

IX. Información Complementaria

Siniestros ocurridos en períodos anteriores.

Empresa de Seguros	Monto reclamado	Nº de Póliza y Ramo	Fecha de Ocurrencia

Solicitud de Seguro N°: _____

Otros seguros vigentes sobre los mismos bienes asegurados.

Empresa de Seguros	Monto asegurado	N° de Póliza y Ramo	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

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, 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 Prevención, Control y Fiscalización de los Delitos de Legitimación de Capitales y el Financiamiento al Terrorismo, en la Actividad Aseguradora", publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 39.621, de fecha 22 de febrero de 2011, y cuya reforma fue publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 39.694, de fecha 13 de junio de 2011.

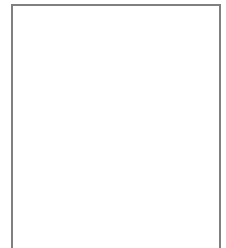
Lugar: _____ Fecha: ____/____/____

Firma del Tomador: _____

Firma del Asegurado: _____



Huella dactilar Tomador
(Pulgar derecho)



Huella dactilar Asegurado
(Pulgar derecho)

SEGUROS CARACAS de LIBERTY MUTUAL 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 No. 13.