

I. Datos del Tomador

Nombres y Apellidos / Razón Social: _____ C.I. / Pasaporte: _____
V E
RIF: _____

Lugar y fecha de nacimiento: _____ Sexo: M F

Estado civil: C S V D Otro _____

Ingreso anual (en U.T.): Menor a 3.500 Entre 3.501 y 6.500 Mayor a 6.501

Actividad económica: Comercial Profesional Especifique: _____

Descripción de la actividad: Independiente Dependiente Societaria Otro _____

Profesión: _____ Ocupación: _____

Lugar donde trabaja: _____

Grupo Económico: _____ Código del Grupo Económico: _____

Ramo: _____

Dirección de Habitación

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:

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:

Solicitud de Seguro N°: _____

Si el Tomador es Persona Jurídica responda adicionalmente

Fecha de constitución de la empresa: _____ Tipo de actividad económica: _____

Naturaleza de la empresa: Pública Privada

Productos y/o servicios que ofrece: _____

Utilidad del ejercicio inmediatamente anterior: _____

Patrimonio según el último estado de resultados o estado de ganancias y pérdidas: _____

La factura una vez pagada la Prima de la Póliza, deberá salir a nombre de:

Tomador Asegurado

II. Datos del Propuesto Asegurado

Nombres y Apellidos / Razón Social: _____ C.I. / Pasaporte: _____

V E

RIF: _____

Lugar y fecha de nacimiento: _____ Sexo: M F

Estado civil: C S V D Otro

Ingreso anual (en U.T.): Menor a 3.500 Entre 3.501 y 6.500 Mayor a 6.501

Actividad económica: Comercial Profesional Especifique: _____

Descripción de la actividad: Independiente Dependiente Societaria Otro _____

Profesión: _____ Ocupación: _____

Lugar donde trabaja: _____

Actividad o índole del riesgo: _____

Tipo de riesgo: Comercial Industrial Depósito

Grupo Económico: _____ Código del Grupo Económico: _____

Ramo: _____

Dirección de Habitación

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: _____

Solicitud de Seguro N°: _____

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:

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

Dirección de Habitación

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

	Valores a riesgo
Edificación, Cimientos	
Maquinarias y Equipos Industriales	
Instalaciones	
Existencias	
Suministros	
Mejoras o Bienhechurías	
Mobiliario	
Utilidad Bruta Anual	
Otros, especifique:	
Primer Riesgo Absoluto: % del Total Valores a Riesgo	

VI. Coberturas Solicitadas

Coberturas	Límites
BÁSICA, Sección de la Póliza (pérdidas y daños directos, físicos y materiales, que por causas accidentales, imprevistas, repentinas y no excluida específicamente, sufran los bienes asegurados, mientras se encuentren dentro de los predios descritos en la Póliza)	<input type="checkbox"/> Según modalidades indicadas en la declaración de los Valores a Riesgo y las condiciones de la Póliza
Daños internos a las maquinarias (Sección II)	<input type="checkbox"/>
Daños internos a los equipos electrónicos (Sección II)	<input type="checkbox"/>
Lucro cesante % de utilidad bruta anual	<input type="checkbox"/>
Sub-Límites de Responsabilidad (especificar la cobertura y límite de responsabilidad)	
	<input type="checkbox"/>

VII. Identificación del Predio Asegurable

N° de localidades: _____ (Para cada localidad adicional, indicar en la Sección I de una nueva Solicitud, la dirección del predio y llenar las Secciones VI, VII y VIII correspondientes).

Año de construcción: _____ N° de pisos (incluyendo sótanos): _____ Altura aproximada: _____ mts.

Mencione los inmuebles colindantes. Indique si se trata de **habitación**, **comercios** e/o **industrias**.

			Hab	Com	Ind
Lindero Norte:	_____ a _____	mts.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lindero Sur:	_____ a _____	mts.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lindero Este:	_____ a _____	mts.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lindero Oeste:	_____ a _____	mts.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Existe comunicación con los edificios colindantes? Sí No En caso afirmativo,

¿De qué clase de comunicación? _____

¿Hay otros ocupantes en el edificio? Sí No En caso afirmativo, indique la índoles de la(s)

actividad(es) de cada ocupante: _____

Tipo de construcción: _____ Clase de edificación: _____ Acabado de la fachada: _____

Zona sísmica: _____ Corte vertical: _____ Corte horizontal: _____ Mercancía predominante: _____

El predio colinda con: Inmueble desocupado, abandonado o en ruinas Terreno sin edificar

Obra en demolición Río o quebrada a _____ mts.

VIII. Prevención y Protección contra Incendio

¿Tiene extintores? Sí ¿Cuántos? _____ No

¿Existen sistemas de detección y alarmas? Sí No

¿Existen sistemas hidrantes? Sí No

En caso afirmativo: ¿con bomba propia? Sí No

Cantidad de mangueras: _____ Diámetro: _____ pulg.

¿Tiene rociadores? Sí No

Capacidad de almacenamiento de agua: _____ lts. Reserva para incendios: _____ lts.

Tanque subterráneo Tanque a nivel Tanque elevado

¿Tiene letreros indicando "Prohibido Fumar"? Sí No

Distancia del Cuerpo de Bomberos: _____ km.

IX. Relación detallada de Bienes**Relación de maquinarias y equipos**

Descripción / Ubicación	Suma Asegurada

Vidrios y anuncios

Cantidad / Descripción / Ubicación	Medidas (mts)			Suma Asegurada
	Largo	Ancho	Espesor	

Nota: Agregue hoja adicional de ser necesario**X. Información Complementaria**

Fecha de registro o constitución de la compañía:

Indique la cantidad de: Accionistas Socios _____ y los nombres de los principales:

Nombres y apellidos: _____

¿Se llevan libros de contabilidad de acuerdo a las leyes? Si No

¿Dónde se guardan los libros de contabilidad? _____

Fecha del último inventario: _____ Fecha de establecimiento de la firma: _____

Nombre(s) anterior(es) de la firma, si fuese el caso: _____

Relación con Seguros Caracas, C.A: _____

Solicitud de Seguro N°: _____

Referencias comerciales

Comercio	Dirección	Teléfono(s)

Referencias bancarias

Entidad Bancaria	Número (s) de cuenta (s)	Teléfono(s)

Siniestros ocurridos

Compañía Aseguradora	Monto Reclamado	N° de Póliza	Teléfono(s)

Beneficiario(s) preferencial(es)

Apellidos y nombres / Razón Social	Cédula de Identidad o R.I.F.

XI. Intermediario(s)

Apellidos y Nombres	Código	% Participación	Firma

XII. Declaraciones

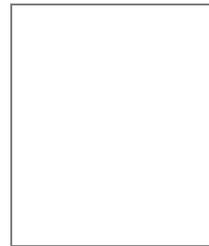
En mi carácter de solicitante de la póliza o en representación de este, declaro que la información aquí suministrada es exacta, sin omisión alguna de detalle, hecho o circunstancia.

Yo, _____, C.I. No. _____, doy fe que el dinero utilizado para el pago de la Prima de la propuesta póliza y las que de esta se deriven, 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 la Administración de Riesgos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo y Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva en la Actividad Aseguradora", publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 42.128, de fecha 17 de mayo de 2021.

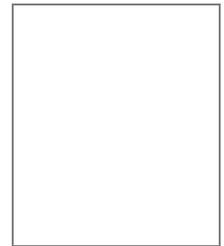
Lugar: _____ Fecha: ____/____/____

Firma del Tomador: _____

Firma del
Propuesto Asegurado: _____



Huella dactilar Tomador
(Pulgar derecho)



Huella dactilar
Propuesto Asegurado
(Pulgar derecho)

SEGUROS CARACAS, 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 N° 13. **"Aprobado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante Providencia N° FSAA-1-1-000382 de fecha 29 de Octubre de 2021"**.