

## 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**

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"/>
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"/>	

Solicitud de Seguro N°: \_\_\_\_\_

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"/>	
Mercancía en Tránsito Volumen Estimado Anual: _____	<input type="checkbox"/>	
Maquinaria y Equipos Electrónicos	SUMA ASEGURADA _____ _____	
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 Nº 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 Índice 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		
Cantidad de Trabajadores: _____	<input type="checkbox"/>	
Monto Estimado de la Nómina: _____		
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

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).

N°	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

Otros seguros vigentes sobre los mismos bienes asegurados.

Empresa de Seguros	Monto asegurado	Nº 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

**X. Intermediario(s)**

Apellidos y Nombres	Código	% Participación	Firma

**XI. 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	Nº de Cuenta	Tipo de Cuenta

Si desea que se realice el cobro con cargo tarjeta de crédito, para este año póliza, favor indicar:

Banco	Nº de Tarjeta de Crédito	Tipo	Vence

**XII. 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

**XIII. 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.

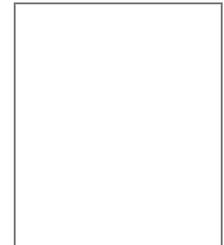
Lugar: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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".