

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: _____

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:

III. Datos del Representante Legal ante la Empresa de Seguros

Nombres y Apellidos / Razón Social:	C.I. / Pasaporte / RIF:
	V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>

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

Designación del proyecto de construcción (Si el proyecto consiste de varias secciones, indicar la(s) sección(es) a asegurar): _____

Lugar de la Obra: _____

Nombre y dirección del Propietario: _____

Nombre(s) y dirección(es) del (de los) Subcontratista(s): _____

Nombre y dirección del Ingeniero Consultor: _____

Descripción de la obra (facilitar detalles técnicos exactos, de ser necesario use hoja anexa)

Dimensión (longitud, altura, profundidad, luz libre, número de pisos): _____

Tipo de cimentación y profundidad máxima de excavación: _____

Método de construcción: _____

Materiales de construcción: _____

El contratista tiene experiencia en obras similares o en este método de construcción: Sí No

Período de la obra

Fecha de inicio de los trabajos: _____

Período de construcción: _____

Fecha de terminación de la obra: _____

Período de mantenimiento: _____

¿Qué trabajos serán efectuados por los subcontratistas? _____

Riesgos Especiales

Incendio, Explosión: Sí No

Avenida, Inundación: Sí No

Derrumbes, Tempestad, Ciclón: Sí No

Voladuras: Sí No

Otros: _____

Vulcanismo: Sí No

¿Se han registrado terremotos en dicha zona? Sí No En caso afirmativo indicar:

Intensidad (Mercalli): _____ Magnitud (Richter): _____

¿Se han tomado en cuenta en el diseño de la obra a asegurar, las normas antisísmicas vigentes?

Sí No

¿Las medidas de seguridad ¿son más estrictas que las exigidas en las normas vigentes?

Sí No

Subsuelo

Roca Grava Arena Arcilla Rellenos Otros: _____

¿Existen fallas geológicas en la zona cercana? Sí No

Nivel Freático

Nivel bajo terreno

Río, lago, mar, etc., más próximo:

Nombre: _____ Distancia: _____

Solicitud de Seguro N°: _____

Nivel de agua: _____ Nivel Mínimo: _____ Nivel Medio: _____

Nivel máximo registrado hasta ahora: _____ Fecha: _____

Datos Meteorológicos:

Temporada de lluvia: Desde: _____ Hasta: _____

Precipitaciones máximas (mm) por: _____ Hora: _____ Día: _____ Mes: _____

Riesgo de tempestad: Bajo Moderado Alto

¿Desea incluir gastos adicionales por horas extra, trabajo nocturno, trabajo en días festivos?

Sí No Límite de Indemnización: _____

¿Desea incluir la cobertura de Responsabilidad Civil Extracontractual? Sí No

¿Ha suscrito el contratista una póliza de Responsabilidad Civil Extracontractual por separado?

Sí No Límite de Indemnización: _____

Detalles de edificaciones existentes o propiedades vecinas que puedan ser afectadas por el trabajo contratado. Ejemplo: excavaciones, recalces, pilotaje, vibraciones, descenso del nivel freático:

¿Existen edificaciones y/o estructura en o adyacentes a la obra, propiedad o mantenidas bajo cuidado, control y custodia del propietario y/o contratista, que deban ser aseguradas contra cualquier daño como consecuencia directa o indirecta o de los trabajos? Sí No . Límite de Indemnización: _____ describa exactamente las edificaciones / obras: _____

Indicar aquí las sumas que han de ser aseguradas y los límites de indemnización requeridos
Sección 1. Daños Materiales

Bienes Asegurados		Suma Asegurada
Cobertura "A": Obras Civiles (obras civiles definitiva y provisionales incluyendo todos los materiales utilizados para las mismas), Valor del contrato de construcción, Materiales o elementos constructivos suministrados por el (los) propietarios, Equipos de construcción e instalaciones en el lugar de las obras, Maquinaria de construcción según relación anexa.	<input type="checkbox"/>	

Cobertura “B”: Terremoto, temblor, erupción volcánica, maremoto.	<input type="checkbox"/>	
Cobertura “C”: Ciclón, huracán, tempestad, vientos, inundación, derrumbes y desprendimiento de tierra o roca.	<input type="checkbox"/>	
Cobertura “D”: Daños causados por el contratista en la curso de la ejecución de las operaciones llevadas a cabo con el propósito de dar cumplimiento a sus obligaciones derivadas de la cláusula de mantenimiento del contrato de construcción.	<input type="checkbox"/>	
Cobertura “G”: Remoción de escombros	<input type="checkbox"/>	
Cobertura “H”: Honorarios de Arquitectos, Supervisores o Ingenieros consultores	<input type="checkbox"/>	
Total Sumas Aseguradas		

Sección 2. Responsabilidad Civil Extracontractual

Ítem Asegurado		Límite de Indemnización
Cobertura “E”: La responsabilidad civil extracontractual ante terceros por daños causados a sus bienes.	<input type="checkbox"/>	
Cobertura “F”: Responsabilidad civil extracontractual por lesiones incluyendo la muerte, ocurrida a personas que no estén al servicio del Asegurado.	<input type="checkbox"/>	
Límite de Indemnización total bajo Sección 2		
Cobertura para Maquinarias y Equipos de Construcción.	<input type="checkbox"/>	

Detalles de las Maquinarias y Equipos de Construcción

Beneficiarios

Cédula de Identidad / RIF	Nombres y Apellidos o Razón Social	% Participación

VI. Información Complementaria**Referencias bancarias**

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

Siniestros ocurridos en períodos anteriores

Compañía Aseguradora	Monto Reclamado	N° de Póliza y Ramo	Fecha de Ocurrencia

Otros seguros vigentes sobre los mismos bienes asegurados

Compañía Aseguradora	Monto Asegurado	N° de Póliza y Ramo	Vigencia

Beneficiario(s) Preferencial(es)

Apellidos y nombres / Razón Social	Cédula de Identidad o R.I.F.	Interés asegurado sobre el cual pesa la Acreencia

VII. Intermediario(s)

Apellidos y Nombres	Código	% Participación	Firma



VIII. Datos Bancarios para cobro de Prima

Si desea que se realice el cobro por medio de domiciliación bancaria para esta póliza, por favor indicar:

Banco	N° de Cuenta	Tipo de Cuenta

Si desea que se realice el cobro con carga a tarjeta de crédito para esta póliza, por favor indicar:

Banco	N° de Tarjeta de Crédito	Tipo	Vence

IX. 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

X. Declaraciones

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

Yo, _____, C.I N°: _____ 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.

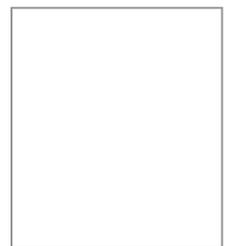
Lugar: _____ Fecha: Desde: ____ / ____ / ____

Firma del Tomador: _____

Firma del
Propuesto Asegurado: _____



Huella dactilar Tomador
(Pulgar derecho)



Huella dactilar Asegurado
(Pulgar derecho)



Solicitud de Seguro N°: _____

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”.**



Contratistas