

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

Indique la clase de transporte a usar para trasladar los equipos: _____

Es propietario de los equipos: Sí No

En caso negativo, indique el nombre del propietario de los equipos: _____

Indique la localidad donde se guardan los equipos, si no están en uso: _____

Indique en qué clase de obra se usarán los equipos: _____

Su equipo ha sufrido alguna pérdida durante los últimos tres años: Sí No

En caso afirmativo sírvase dar detalles completos y montos de las pérdidas: _____

Exposición a peligros de la naturaleza

Operativos en un sitio específico: _____

Tipo de terreno: llano ondulado desértico montañoso

Montañas agrestes, cañones y lugares donde se construyen presas: Sí No

Áreas expuesta a daños por agua, inundación, lluvia torrencial, aludes, caídas de rocas o corrientes de tierra: Sí No

Áreas expuestas a terremoto, actividad volcánica, tsunamis: Sí No

Exposición a peligros especiales

Existen algunas circunstancias o peligros especiales: Sí No

En caso afirmativo, indicar detalles referentes al sitio de trabajo y/u otras causas: _____



VI. Coberturas Solicitadas

| Coberturas | | Suma Asegurada |
|----------------------|-------------------------------------|----------------|
| Cobertura Básica | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Transporte Terrestre | <input type="checkbox"/> | |

VII. Relación de Maquinarias y Equipos

| Descripción | Marca | Modelo | Serial | Valor |
|-------------|-------|--------|--------|-------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

VIII. Información Complementaria

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 |
|------------------------------------|---------------------------|---------------------------------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |



IX. Intermediario(s)

| Apellidos y Nombres | 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 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.

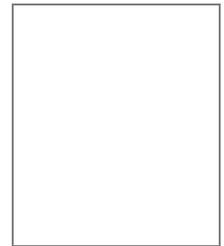
Lugar: _____ Fecha: ____/____/____

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"**.

