



**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.			
		Incendio		Terremoto	
Edificaciones			%		%
Muros y Cimientos			%		%
Maquinarias y Equipos Industriales			%		%
Instalaciones			%		%
Existencias			%		%
Aumento Transitorio Temporal Desde: _____ / Hasta: _____			%		%
Aumento Transitorio Automático Desde: _____ / Hasta: _____			%		%
Suministros			%		%
Mejores o Bienhechurías			%		%
Mobiliario			%		%
Efectos Personales			%		%
Mercancía Declarativa			%		%
Primer Riesgo Absoluto (aplica un solo % para todas las partidas)			%		%

**VI. Coberturas Solicitadas**

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

Coberturas		Límites
<b>BÁSICA</b> Incendio, Rayo, Explosión, Impacto de Aeronaves, satélites, cohetes u otros aparatos aéreos o de los objetos desprendidos de los mismos, agua u otros agentes de extinción, humo.	<input checked="" type="checkbox"/>	Según modalidades indicadas en la declaración de los Valores a Riesgo y las Condiciones de la Póliza
Terremoto	<input type="checkbox"/>	
Motín, Disturbios Populares, Disturbios Laborales y Daños Maliciosos	<input type="checkbox"/>	
Extensión de Cobertura	<input type="checkbox"/>	
Cobertura Automática	<input type="checkbox"/>	
Daños por Agua	<input type="checkbox"/>	
Inundación	<input type="checkbox"/>	
Deterioro de Bienes Refrigerados o Congelados	<input type="checkbox"/>	

Solicitud de Seguro N°: \_\_\_\_\_

Rotura de Vidrios (detalles en la Sección VIII)	<input type="checkbox"/>	
Rotura de Anuncios (detalles en la Sección VIII)	<input type="checkbox"/>	
Pérdida de Renta: Renta Mensual: _____ N° de Meses: _____	<input type="checkbox"/>	
Pérdidas Indirectas hasta un _____ %	<input type="checkbox"/>	
Honorarios de Topógrafos, Arquitectos e Ingenieros	<input type="checkbox"/>	
Reconstrucción de Archivos	<input type="checkbox"/>	
Remoción de Escombros	<input type="checkbox"/>	
Cobertura Gasto de Extinción de Incendio	<input type="checkbox"/>	
Cobertura Gasto Extraordinarios	<input type="checkbox"/>	

### VII. Identificación de otros Predios Asegurables

Nro. de Localidades \_\_\_\_\_ (Para mencionar las localidades adicionales se debe anexar el Documento: Complemento de Solicitud Póliza / Localidades)

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

Relación de vidrios

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

Solicitud de Seguro N°: \_\_\_\_\_

Relación de anuncios

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

### IX. Información Complementaria

Siniestros ocurridos en períodos anteriores.

Empresa de Seguros	Monto reclamado	N° de Póliza y Ramo	Fecha de Ocurrencia

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

### 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	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

**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.

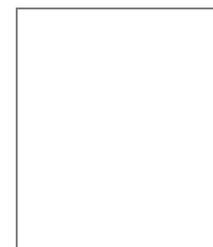
Lugar: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma del Tomador: \_\_\_\_\_

Firma del 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 Nro. 13. **"Aprobado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante Providencia N° FSAA-1-1-000381 de fecha 13 de Octubre de 2021"**.

