

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:

Solicitud de Seguro N°: _____

IV. Vigencia del Seguro Desde: ____/____/____ Hasta: ____/____/____

V. Bienes a Asegurar

Descripción del proyecto de Montaje (Si el proyecto consiste de varias secciones, especificar las mismas):

Ubicación del lugar del montaje: _____

Nombre y Dirección del Propietario: _____

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

Fabricantes de las unidades principales: _____

Empresa supervisora del montaje (nombre y dirección): _____

Nombre y dirección del Ingeniero Consultor: _____

Descripción exacta del objeto a montar (indicar si se trata de unidades usadas) En caso de maquinaria, nombre del fabricante, número, tipo, tamaño, capacidad, peso, presión, temperatura, revoluciones, año de fabricación de unidades mayores. En caso de instalaciones completas: diseño general de la planta, tipo de trabajo de ingeniería civil (si lo hubiera):

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		

Beneficiarios

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

VIII. Información Complementaria**Referencias Bancarias**

Entidad Bancaria	Número de Cuenta	Teléfono

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

VIII. Intermediario(s)

Apellidos y Nombres	Código	% Participación	Firma

IX. 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

X. 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	Nº de Cuenta	Tipo de Cuenta

XI. 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.

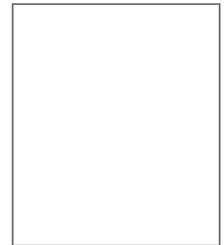
Lugar: _____ Fecha: ____/____/____

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"**.