

## 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

<b>Estado:</b> _____	<b>Ciudad:</b> _____	<b>Municipio:</b> _____
<b>Parroquia:</b> _____	<b>Urbanización, Sector, Barrio:</b> _____	<b>Edif., Galpón, Casa, Quinta:</b> _____
<b>Vía principal:</b> _____	<b>Vía 1 (izquierda):</b> _____	<b>Vía 2 (derecha):</b> _____
<b>Torre, Sección, Ala:</b> _____	<b>Piso, Nivel:</b> _____	<b>Local, Ofic., Apto:</b> _____
<b>Referencia:</b> _____	<b>Otro:</b> _____	<b>Código postal:</b> _____
<b>Teléfono habitación:</b> _____	<b>Teléfono oficina:</b> _____	<b>Teléfono celular:</b> _____
<b>E-mail:</b> _____		<b>Fax:</b> _____

### Dirección de Oficina

<b>Estado:</b> _____	<b>Ciudad:</b> _____	<b>Municipio:</b> _____
<b>Parroquia:</b> _____	<b>Urbanización, Sector, Barrio:</b> _____	<b>Edif., Galpón, Casa, Quinta:</b> _____
<b>Vía principal:</b> _____	<b>Vía 1 (izquierda):</b> _____	<b>Vía 2 (derecha):</b> _____
<b>Torre, Sección, Ala:</b> _____	<b>Piso, Nivel:</b> _____	<b>Local, Ofic., Apto:</b> _____
<b>Referencia:</b> _____	<b>Otro:</b> _____	<b>Código postal:</b> _____
<b>Teléfono habitación:</b> _____	<b>Teléfono oficina:</b> _____	<b>Teléfono celular:</b> _____
<b>E-mail:</b> _____		<b>Fax:</b> _____

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 <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**

Partidas Asegurables	Valores a Riesgo	Suma Asegurada
Mobiliario		
Existencias		
Aumento Transitorio Temporal Fecha: Desde _____ Hasta _____		
Aumento Transitorio Automático Fecha: Desde _____ Hasta _____		
Suministros		
Maquinarias y Equipos Industriales		
Instalaciones		
Primer Riesgo Relativo (aplica un solo % para todas las partidas)		%

**VI. Coberturas Solicitadas**

Coberturas		Límites
Básica (Robo)	<input checked="" type="checkbox"/>	
Asalto y Atraco	<input type="checkbox"/>	
Cobertura Automática	<input type="checkbox"/>	10% de la Suma Asegurada
Daños al Local (Monto máximo 5% de la S.A. Básica)	<input type="checkbox"/>	

Mencione otros seguros contra robo sobre los mismos bienes

Compañía Aseguradora (vigente)	Monto asegurado	Nº de Póliza	Fecha de Vigencia

Siniestros de robo, asalto o atraco

Compañía Aseguradora (vigente)	Monto de la Perdida	Fecha de Ocurrencia	Nº de Póliza	Precauciones y Protecciones Tomadas

Beneficiario

Apellido y nombre o Razón Social	Cédula de Identidad o RIF

**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 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

**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	Nº 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.

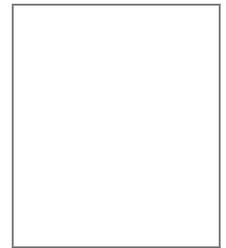
Lugar: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

Firma del Asegurado: \_\_\_\_\_



Huella dactilar Tomador  
(Pulgar derecho)



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