

Fecha de Solicitud: ____ / ____ / ____		Nº de Póliza:				
Vigencia del Seguro:		Desde: ____ / ____ / ____	Hasta: ____ / ____ / ____			
I. DATOS DEL PROPUESTO TOMADOR						
Nombre o Razón Social:		Nº Cédula De Identidad o Nº de Pasaporte (Si es extranjero) o RIF.:				
Si es Persona Jurídica, Indicar datos sobre documento constitutivo y estatutos sociales:						
Correo Electrónico:		Nº Telefónico de Habitación:				
Dirección de Trabajo:		Nº Telefónico de Trabajo:				
Actividad Económica, Comercial o Profesional:		Ingresos Anuales:				
II. SI EL PROPUESTO TOMADOR ES PERSONA JURÍDICA, DATOS DEL REPRESENTANTE DEL PROPUESTO TOMADOR						
Nombre del Representante (Persona Natural):		Nº de Cédula de Identidad:				
Dirección de Habitación:		Nº Telefónico de Habitación:				
Dirección de Trabajo:		Nº Telefónico de Trabajo:				
III. DATOS DEL PROPUESTO ASEGURADO						
Nombre o Razón Social:		Nº Cédula De Identidad o Nº De Pasaporte (Si Es Extranjero) O RIF.:				
Si es Persona Jurídica, Indicar datos sobre documento constitutivo y estatutos sociales:						
Actividad Económica, Comercial o Profesional:		Grupo Económico al que pertenece:	Ingresos Anuales:			
IV. SI EL PROPUESTO ASEGURADO ES PERSONA JURÍDICA, DATOS DEL REPRESENTANTE DEL PROPUESTO ASEGURADO						
Nombre del Representante (Persona Natural):		Nº de Cédula de Identidad:				
Dirección de Habitación:		Nº Telefónico de Habitación:				
Dirección de Trabajo:		Nº Telefónico de Trabajo:				
V. DIRECCIÓN COBRO						
Calle/ Avenida/ Esquina:	Nombre:	<input type="checkbox"/> Edificio	<input type="checkbox"/> Casa	<input type="checkbox"/> Quinta	<input type="checkbox"/> Galpón	Piso Nº
Nº Local/ Apto./ Galpón:	Urbanización:	Ciudad:				
Municipio:	Distrito:	Estado:				
Zona Postal:	Fax:	Nº Telefónico:	Persona de Contacto:			

VI. DIRECCIÓN DEL PREDIO A ASEGURAR					
Calle/ Avenida/ Esquina:		Nombre: Edificio <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Quinta <input type="checkbox"/> Galpón <input type="checkbox"/>		Piso Nº	
Nº Local/ Apto./ Galpón:		Urbanización:		Ciudad:	
Municipio:		Distrito:		Estado:	
Zona Postal:	Nº Telefónico:	Nº Fax:	Persona Contacto:		

LINDEROS Indique claramente la índole de las actividades ejercidas en los inmuebles colindantes o terrenos sin edificar, inmuebles desocupados, invadidos, abandonados o en ruinas, obras en demolición o en proceso de construcción:

NORTE:

SUR:

ESTE:

OESTE:

VII. COBERTURAS BÁSICA (Indicar respectivas Sumas Aseguradas)

PARA EL CONTENIDO (Debe llenar el inventario de Contenidos anexo a esta Solicitud de Seguros)	PARA RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL FAMILIAR	PARA ACCIDENTES PERSONALES
Bs. _____	Bs. _____	Muerte Accidental Bs. _____ Invalidez Permanente Bs. _____ Gastos Médicos Bs. _____ *Incapacidad Temporal Bs. _____
*(Esta cobertura no será aplicable a los Padres e Hijos del Propuesto Asegurado, incluidos en la Póliza)		

VIII. COBERTURAS OPCIONALES SOLICITADAS

COBERTURA PARA LA EDIFICACIÓN	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Bs. _____
COBERTURA DE TERREMOTO	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Bs. _____
COBERTURA DE ASISTENCIA AL HOGAR	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Bs. _____
COBERTURA DE EQUIPOS ELECTRÓNICOS	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	(De acuerdo a la Sección F2 Del Inventario de Contenidos)
COBERTURA DE TARJETAS DE CRÉDITO	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Bs. _____
COBERTURA DE DESHONESTIDAD DE EMPLEADOS	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Bs. _____

IX. DATOS DEL GRUPO FAMILIAR ASEGURAR

Podrán ser incluidos los siguientes Familiares del Propuesto Asegurado: Cónyuge menor o igual de 65 años, Hijos menores de 25 años y/o Padres con edad menor o igual de 65 años que habiten en la Residencia a asegurar

NOMBRE Y APELLIDO	CÉDULA DE IDENTIDAD	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	PARENTESCO	ACTIVIDAD U OCUPACIÓN

X. DATOS DEL PERSONAL AL SERVICIO DEL PROPUESTO ASEGURADO

(En caso de haber solicitado la Cobertura de Deshonestidad de Empleados)

NOMBRE Y APELLIDO	CÉDULA DE IDENTIDAD	CARGO QUE DESEMPEÑA

XI. INFORMACIÓN ADICIONAL

Años de construcción de la Residencia a Asegurar: _____ Año 1967 o anteriores _____ Posteriores a 1967 _____ Nº de pisos(incluyendo sótanos): _____ Altura aproximada: _____ mts. ¿Es zona sísmica? SI NO

Tipo de edificación: Estructura de concreto armado o de acero _____ Prefabricada: 1(un) piso _____ ó Más de 1(un) piso _____

Fachada de: Friso u obra limpia: _____ ó Cerámica u otro tipo de material _____ ó Vidrio _____

¿Existen sistemas de detección de Incendio? SI NO ¿Tienen sistemas de alarma? SI NO

Distancia del Cuerpo de Bomberos _____ mts. Tiempo _____ min.

En caso de existir en las cercanías mar, ríos o quebradas, especifique distancia aproximada:

Mar a _____ mts. Ríos a _____ mts. Quebradas a _____ mts.

¿Existen Sistemas de Alarma contra Robo en el inmueble que contiene los bienes a asegurar: SI NO

¿Existe caja Fuerte? SI NO

¿Existe Vigilancia? SI NO ¿Armada? SI NO ¿Permanente? SI NO

Nombre de la Empresa de Vigilancia: _____ Vigencia del Contrato: Desde: ____/____/____ Hasta: ____/____/____

Mantiene la Empresa de Vigilancia Póliza de RC Profesional: SI NO **Nombre de la Compañía de Seguros:** _____

XII. DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD

FAVOR LLENAR ESTA DECLARACIÓN SI DESEA CONTRATAR LA COBERTURA OPCIONAL DE GASTOS FUNERARIOS

¿Alguna de las personas a asegurar padece o ha padecido, está bajo tratamiento o ha sido informado que padece de alguna de las siguientes enfermedades o desordenes?

1- ¿Asma, enfisema, bronquitis, u otras enfermedades o desordenes del sistema respiratorio? SI NO

2- ¿Dolores de Pecho, hipertensión arterial, fiebre reumática, soplo cardiaco, ataques cardiacos u otras enfermedades o desordenes del corazón o del sistema circulatorio? SI NO

3- ¿Desmayos, epilepsia, convulsiones, lesiones en la cabeza, jaquecas, u otras enfermedades o desordenes del cerebro o del sistema nervioso o trastornos mentales? SI NO

4- ¿Albúmina o sangre en la orina, u otras enfermedades o desordenes en los riñones, vejiga o próstata o enfermedades venéreas? SI NO

5- ¿Enfermedades o desordenes de la piel, de los ganglios linfáticos, quistes, tumores o cáncer? SI NO

6- ¿Ictericia, hemorragia intestinal, úlcera, hernia, apendicitis, colitis, diverticulitis, hemorroides, ingestión recurrente u otro desorden del estomago, intestino, hígado o vesícula biliar? SI NO

7- ¿Alguna enfermedad o desordenes de los ojos, oídos, nariz o garganta? SI NO

8- ¿Ha sido objeto de diagnostico o tratamiento por un medico como afectado por el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida o complejo relacionado con el SIDA? SI NO

9- ¿Está o recientemente fue recludo en alguna Institución Medica, o padece de deformaciones o mutilaciones? SI NO

10- ¿Alguna enfermedad o desorden de los órganos reproductivos? SI NO

11- ¿Diabetes, tiroides u otro trastorno endocrino? SI NO

12- ¿Se encuentra en estado de gestación o ha tenido abortos? SI NO

XIII. DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD(Complemento de Respuestas Afirmativas)

Si alguna de las respuestas en el anterior Cuadro de Preguntas fuere afirmativa, favor complementar el siguiente recuadro

Nombre de la Persona a Asegurar y Numero de la Pregunta	Condición y Complicaciones (Indique si fue Operado)	Fecha de comienzo de la afección	Nombre y Dirección de Médicos e Instituciones Médicas que le han atendido

**SOLICITUD DE SEGUROS
PÓLIZA DE SEGURO COMBINADO
CARONÍ RESIDENCIAL**

CODIGO: FO-PAT-21	
VIGENCIA	Nº REVISIÓN
23/06/2020	2
PAGINA: 4 / 4	

XIV. HISTORIA PREVIA DE SINIESTROS (SI ESTUVO ASEGURADO)

MONTO DE LA PÉRDIDA (Bs.)	FECHA	COMPAÑÍA DE SEGUROS	PÓLIZA	CAUSA	PRECAUCIONES ADOPTADAS

XV. SOLICITUDES RECHAZADAS

COMPAÑÍA DE SEGURO	MOTIVOS	FECHA

XVI. OBSERVACIONES DEL PRODUCTOR

Yo, el Propuesto Asegurado, declaro formalmente, mediante la firma de esta Solicitud, que la información que doy en este documento es verídica y que no he suprimido ninguna circunstancia que tienda a aminorar la gravedad del riesgo con el fin de influenciar a El Asegurador para que suscriba la Póliza; así mismo me comprometo a tomar las medidas de precaución y de prevención oportunas y necesarias para proteger y salvaguardar los bienes que deseo asegurar. Esta Solicitud no implica compromiso alguno de aceptar la cotización de El Asegurador, ni obliga a éste a emitir la Póliza solicitada. No obstante, si dicha Póliza fuera emitida, esta Solicitud servirá de base para su otorgamiento y formará parte integrante de la misma.

Lugar y Fecha: _____

**FIRMA DEL PROPUESTO
ASEGURADO**

Yo, el Propuesto Tomador, doy fe que el dinero utilizado para el pago de la prima del presente Seguro proviene de una fuente lícita y no tiene relación alguna con capitales, bienes, haberes o beneficios derivados de las actividades ilícitas o de los delitos de Legitimación de Capitales previstos en el artículo 4 de la Ley Orgánica Contra la Delincuencia Organizada.

Lugar y Fecha: _____

**FIRMA DEL PROPUESTO
TOMADOR**

**NOMBRE Y APELLIDO DEL
INTERMEDIARIO DE SEGURO**

**CÓDIGO DEL
INTERMEDIARIO DE SEGURO**

FIRMA DEL INTERMEDIARIO DE SEGURO