



SOLICITUD DE SEGURO PÓLIZA DE SEGURO RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL

Inscrita en la Superintendencia de la Actividad Aseguradora
bajo el N°. 107 RIF J-30052236-9

Con base a la información suministrada a continuación, el Asegurador debe decidir si acepta o no el riesgo, el riesgo, debido a esto agradecemos llenar la solicitud en todas sus partes.					
DATOS DEL PROPUESTO ASEGURADO					
1er. Apellido		2do. Apellido		1er. Nombre	
2do. Nombre		C.I. / R.I.F. / Pasaporte:		Nacionalidad:	
Estado civil:		F/Nacimiento:		Sexo:	
V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>		___/___/___ dd/mm/aaaa		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
Profesión:		Actividad Económica: Independiente <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Societaria <input type="checkbox"/>		Lugar de Nacimiento:	
Ingreso Anual Bs.:		Oficio u Ocupación:		Area o Ramo:	
Socio <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Ejercicio Independiente <input type="checkbox"/>		Carga:			
Dirección de Habitación:		Casa:		Edificio:	
Apto.:		Piso:		Avenida:	
Calle/Transversal/Vereda:		Urbanización:		Ciudad:	
Parroquia:		Municipio:		Estado:	
Cod. Postal:		Teléfono: ()		Fax: ()	
E-Mail:		Dirección de Oficina:		Casa:	
Apto./Oficina:		Piso:		Avenida:	
Calle/Transversal/Vereda:		Urbanización:		Ciudad:	
Parroquia:		Municipio:		Estado:	
Cod. Postal:		Teléfono: ()		Fax: ()	
E-Mail:					
En caso de ser Persona Jurídica, Datos Corporativos:					
Razón Social:		Nombre Comercial:		N° de Registro Mercantil:	
F/Registro:		Utilidad del ejercicio económico inmediatamente anterior (cuando aplique):		Patrimonio según el último estado de resultados o estados de ganancias y pérdidas:	
Datos del Representante Legal:					
1er. Apellido		2do. Apellido		1er. Nombre	
2do. Nombre		C.I. / R.I.F. / Pasaporte:		Nacionalidad:	
Sexo:		F/Nacimiento:		Estado civil:	
M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		___/___/___ dd/mm/aaaa		S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	
Ingreso Promedio Anual Bs.:		Profesión:		Oficio u Ocupación:	
Socio <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Ejercicio Independiente <input type="checkbox"/>		Carga:			
Dirección de Habitación:		Casa:		Edificio:	
Apto.:		Piso:		Avenida:	
Calle/Transversal/Vereda:		Urbanización:		Ciudad:	
Parroquia:		Municipio:		Estado:	
Cod. Postal:		Teléfono: ()		Fax: ()	
E-Mail:		Dirección de Oficina:		Casa:	
Apto./Oficina:		Piso:		Avenida:	
Calle/Transversal/Vereda:		Urbanización:		Ciudad:	
Parroquia:		Municipio:		Estado:	
Cod. Postal:		Teléfono: ()		Fax: ()	
E-Mail:					
DATOS DEL TOMADOR (De ser diferente al PROPUESTO ASEGURADO)					
1er. Apellido		2do. Apellido		1er. Nombre	
2do. Nombre		C.I. / R.I.F. / Pasaporte:		Nacionalidad:	
Tipo de Persona:		Estado civil:		Sexo:	
Natural <input type="checkbox"/> Jurídica <input type="checkbox"/>		S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
F/Nacimiento:		Actividad Económica: Independiente <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Societaria <input type="checkbox"/>		Lugar de Nacimiento:	
___/___/___ dd/mm/aaaa		Ingreso Anual Bs.:		Area o Ramo:	
Profesión:		Oficio u Ocupación:		Socio <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Ejercicio Independiente <input type="checkbox"/>	
Carga:		Dirección de Habitación:		Casa:	
Apto.:		Piso:		Avenida:	
Calle/Transversal/Vereda:		Urbanización:		Ciudad:	
Parroquia:		Municipio:		Estado:	
Cod. Postal:		Teléfono: ()		Fax: ()	
E-Mail:		Dirección de Oficina:		Casa:	
Apto./Oficina:		Piso:		Avenida:	
Calle/Transversal/Vereda:		Urbanización:		Ciudad:	
Parroquia:		Municipio:		Estado:	
Cod. Postal:		Teléfono: ()		Fax: ()	
E-Mail:					

En caso de ser Persona Jurídica, Datos Corporativos:					
Razón Social:		Nombre Comercial:		Nº de Registro Mercantil:	F/Registro:
Datos del Representante Legal:					
1er. Apellido		2do. Apellido		1er. Nombre	2do. Nombre
C.I. / R.I.F. / Pasaporte:	Nacionalidad:	Sexo:	F/Nacimiento:	Estado civil:	Ingreso Promedio Anual Bs.:
	V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	____/____/____ dd/mm/aaaa	S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	
Profesión:	Oficio u Ocupación:		Profesional <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Industrial <input type="checkbox"/>		Cargo:
Dirección de Habitación:		Casa:	Edificio:	Apto.:	
Piso:	Avenida:		Calle/Transversal/Vereda:		
Urbanización:		Ciudad:		Parroquia:	
Municipio:		Estado:		Cod. Postal:	
Teléfono: ()		Fax: ()		E-Mail:	
Dirección de Oficina:		Casa:	Edificio:	Apto./Oficina:	
Piso:	Avenida:		Calle/Transversal/Vereda:		
Urbanización:		Ciudad:		Parroquia:	
Municipio:		Estado:		Cod. Postal:	
Teléfono: ()		Fax: ()		E-Mail:	
DIRECCIÓN DE COBRO					
Casa:		Edificio:		Apto./Oficina:	
Piso:	Avenida:		Calle/Transversal/Vereda:		
Urbanización:		Ciudad:		Parroquia:	
Municipio:		Estado:		Cod. Postal:	
Teléfono: ()		Fax: ()		E-Mail:	
DATOS DE LOS BIENES ASEGURABLES (Llenar esta sección por cada localidad)					
Clase: Industrial <input type="checkbox"/> Comercial (No Industrial) <input type="checkbox"/> Almacén o depósito <input type="checkbox"/> Residencial <input type="checkbox"/>					
Indole / Ocupación / Actividad: (Describir ampliamente)					
Ubicación del Riesgo:		Casa:	Edificio:	Apto./Oficina:	
Piso:	Avenida:		Calle/Transversal/Vereda:		
Urbanización:		Ciudad:		Parroquia:	
Municipio:		Estado:		Cod. Postal:	
Teléfono: ()		Fax: ()		Correo Electronico:	
Nº de Registro Mercantil:		Folio:	Tomo:	Fecha:	
Linderos:	Norte	Descripción:			
		Indole o Actividad:			
		Distancia:			
	Sur	Descripción:			
		Indole o Actividad:			
		Distancia:			
	Este	Descripción:			
		Indole o Actividad:			
		Distancia:			
	Oeste	Descripción:			
		Indole o Actividad:			
		Distancia:			
COBERTURAS SOLICITADAS				DEDUCIBLE	SUMA ASEGURADA
Básica: Predios y Operaciones					
Coberturas Adicionales (El Tomador no esta obligado a contratar estas coberturas)				SI	NO
Responsabilidad civil derivada de incendio y/o explosión				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Responsabilidad civil riesgo locativo				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Responsabilidad civil de riesgo ante vecinos				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Responsabilidad civil de daños causados por agua				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Responsabilidad civil por anuncios y avisos luminosos				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Responsabilidad Civil por Ascensores, Elevadores, Cabrias, Grúas, Equipos Móviles y Montacargas				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Responsabilidad civil derivada de transporte, carga y descarga				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Responsabilidad civil por el uso de vehículos ajenos y/o alquilados				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Responsabilidad civil por suministro de alimentos y bebidas				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Responsabilidad civil de productos				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Responsabilidad civil de taller mecánico y/o estacionamiento				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Responsabilidad civil para vigilantes y/o empresas de vigilancia				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Responsabilidad civil contractual				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Responsabilidad civil cruzada				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Responsabilidad civil por contratistas independientes				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Responsabilidad civil profesional de médicos				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Responsabilidad civil por Trabajos terminados				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Responsabilidad civil por contaminación accidental				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Persona Particular				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Responsabilidad civil del patrono				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Responsabilidad civil de vehículos en predios privados				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Defensa penal y asistencia legal				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Garajista				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Responsabilidad civil por productos de exportación				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Responsabilidad civil en los predios del asegurado				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OTROS SEGUROS SOBRE LOS MISMOS BIENES A ASEGURAR**Pólizas Vigentes:**

NRO. PÓLIZA	NOMBRE DE LA EMPRESA	FECHA DE VENCIMIENTO

Siniestros:

FECHA DE OCURENCIA	CAUSA DEL SINIESTRO	MONTO RECLAMADO

DATOS BANCARIOS

Nombre del Titular de la Cuenta: _____ C.I.: _____ Email: _____
 Cuenta Corriente Cuenta Ahorro Tarjeta Credito Visa Tarjeta Crédito MasterCard

Nombre del Banco: _____ Nro. Cuenta/Tarjeta: _____

DECLARACIONES y AUTORIZACIONES

Yo, el PROPUESTO ASEGURADO,

* Declaro que he leído cuidadosamente y totalmente, una a una, todas las preguntas y respuestas consignadas en esta solicitud de seguro y que ellas son verdaderas, amplias, completas y exactas.

* Declaro que no he omitido ni disimulado, ningún hecho ni circunstancias que puedan modificar la opinión del Asegurador sobre el riesgo a correr por el Seguro solicitado.

* Declaro que el email suministrado me pertenece e identifica plenamente, por lo que autorizo expresamente al Asegurador para enviarme todos los documentos que forman parte del contrato y cualquier comunicación pertinente por este medio.

* Autorizo a las Empresas o Instituciones, para suministrar al Asegurador, todos los datos que posean antes o después del siniestro.

* Autorizo expresamente al Asegurador, a recabar cualquier información relacionada con los riesgos y a verificar los datos de esta Solicitud de Seguro.

* En caso de que proceda la indemnización con ocasión de algún siniestro, Autorizo expresamente al Asegurador, a la realización del pago a través de transferencias bancarias, en cuyo caso me comprometo a enviar el respectivo acuse de recibo en un lapso de veinticuatro (24) horas contadas desde la recepción del referido pago.

Firmas y Huellas :

_____ **PROPUESTO ASEGURADO**

Huella Dactilar
(Pulgar Derecho)
o en su defecto
Pulgar Izquierdo

Yo, el TOMADOR de la Póliza ,

* Doy fe que el dinero utilizado para el pago de la prima, proviene de una fuente lícita y por lo tanto, no tiene relación alguna con dinero, capitales, bienes, haberes, valores o títulos producto de las actividades o acciones derivadas de operaciones ilícitas previstas en la Ley Orgánica contra la Delincuencia Organizada y Financiamiento al Terrorismo y las Normas sobre Administración de Riesgos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo y Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva, en la Actividad Aseguradora.

* Autorizo al Asegurador a cargar en la Cuenta Bancaria / Tarjeta de Crédito cuyos datos proporciono en esta Solicitud, los cobros de prima de este seguro durante su vigencia a partir de su emisión.

Lugar: _____ Fecha: ____ / ____ / ____
dd / mm / aaaa

Firmas y Huellas :

_____ **EI TOMADOR**

Huella Dactilar
(Pulgar Derecho)
o en su defecto
Pulgar Izquierdo

Intermediario (es):

Apellido(s) y Nombres:	Código N°:	(%) Porc. de Participación:	Firma:

Para la suscripción de la Póliza se debe anexar a esta Solicitud de Seguro:

Persona Natural:	Persona Jurídica:	
a. Copia fotostática de la Cédula de Identidad laminada.	a. Copia fotostática del Registro de Información Fiscal (RIF).	c. Copia del documento de identidad del representante legal y documento de su nombramiento (cédula de identidad, pasaporte, RIF, entre otros)
b. Copia fotostática del Registro de Información Fiscal (RIF).	b. Acta constitutiva y estatutos sociales de la empresa, con sus correspondientes modificaciones, cuando sea el caso.	d.- Cualquier otro documento relacionado con el cliente y sus actividades.

Otros Documentos: Listado detallado de Equipos Electrónicos; Maquinarias y Equipos Industriales amparados, indicando marca, modelo y serial.

Avenida Libertador con Calle Negrín, Centro Comercial Av. Libertador, Pisos 2, 3 y PH. Urb. La Florida, Caracas, Distrito Capital
 Aprobado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante Providencia N° FSAA-1-1-000611-2021 de fecha 08 de diciembre de 2021

