

I. DATOS DEL TOMADOR

C.I. o R.I.F. Nro.:	Nacionalidad: <input type="checkbox"/> Venezolana <input type="checkbox"/> Extranjera País de origen: Residente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
1er. Nombre:	2do. Nombre: 1er. Apellido: 2do. Apellido: Apellido de Casada:
Ocupación: <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Socio	Tipo de Actividad Económica (si es Comercial indique el ramo): <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Comercial. _____

Datos Complementarios a la Planilla de Datos del cliente, referente a los datos del contacto

II. DATOS DEL CONTACTO

1er. Nombre:	2do. Nombre:	C.I. o R.I.F. Nro.:
1er. Apellido:	2do. Apellido:	Apellido de Casada:
Ocupación: <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Socio	Tipo de Actividad Económica (si es Comercial indique el ramo): <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Comercial. _____	

III. DATOS DEL ASEGURADO

1er. Nombre:	2do. Nombre:	C.I. o R.I.F. Nro.:
1er. Apellido:	2do. Apellido:	Apellido de casada:
Dirección de habitación:		Teléfono de habitación:
Dirección de Oficina:		Teléfono de Oficina:
Fax Oficina:	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Estado Civil: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V
Ocupación: <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Socio		Correo electrónico:
Profesión :		Ingreso mensual:
Tipo de Actividad Económica (si es Comercial indique el ramo): <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Comercial. _____		

IV. VIGENCIA DEL SEGURO

Desde: ___ / ___ / ___ Hasta: ___ / ___ / ___

V. DATOS DE LA PROPIEDAD A ASEGURAR

Complete la siguiente información de forma clara y legible. Debe responder todas las preguntas que se le presentan a continuación:

País:	Estado:	Ciudad:	Zona Postal:
Urbanización:	Avenida/ Calle /Transversal:		
Residencia./ Edificio/ Torre :	Piso Nro./Nivel:	Apartamento:	Teléfono/ Fax:
Datos del Registro Subalterno:		Fecha:	Nro.: Tomo:
Valor de compra del bien: Bs.	Nro. de pisos de la edificación:	Mts ² de construcción de la vivienda:	Año de construcción del la edificación: ¿Posterior a 1967?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Seleccione una o varias alternativas según sea el caso.			
Condiciones de la Vivienda:			
<input type="checkbox"/> Propia	<input type="checkbox"/> Alquilada	<input type="checkbox"/> Hipotecada	Fecha de Adquisición: ___ / ___ / _____
Tipo de vivienda:			
<input type="checkbox"/> Apartamento	<input type="checkbox"/> Casa o Quinta	<input type="checkbox"/> Apto. Vacacional	<input type="checkbox"/> Casa o Quinta Vacacional
El predio colinda con:			
<input type="checkbox"/> Inmueble Desocupado, Abandonado o en Ruinas	<input type="checkbox"/> Terreno sin Edificar	<input type="checkbox"/> Obra en Demolición	
<input type="checkbox"/> Río o Quebrada a _____ Mts	¿Existe algún tipo de negocio en alguna parte del Edificio?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Especifique linderos:			
Norte: _____	Sur: _____	Este: _____	Oeste: _____

MATERIALES DE CONSTRUCCIÓN

Marque con una (x) el tipo de material para cada uno de los elementos.

ELEMENTOS	MATERIALES		
Techo	<input type="checkbox"/> Concreto armado, placas de concreto, platabanda.	<input type="checkbox"/> Láminas de zinc, aluminio, hierro o asbesto.	<input type="checkbox"/> Madera, láminas no combustibles.
Paredes	<input type="checkbox"/> Concreto armado, ladrillos macizos, piedra, bloques de arcilla o cemento.	<input type="checkbox"/> Zinc, hierro, vidrio, asbesto, bloques de arcilla o cemento.	<input type="checkbox"/> Madera, bahareque, láminas de aluminio.
Estructura	<input type="checkbox"/> Concreto armado, hierro revestido.	<input type="checkbox"/> Metálica sin revestimiento.	<input type="checkbox"/> Madera.

SISTEMAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA ROBO / INCENDIO

SISTEMA DE ALARMA	VIGILANCIA	SISTEMA DE PROTECCIÓN FISICA	
Seleccione una de las siguientes alternativas:	Seleccione una de las siguientes alternativas:	Seleccione una de las siguientes alternativas:	
<input type="checkbox"/> Sin conexión a un cuerpo de defensa	<input type="checkbox"/> Durante las 24 horas del día	<input type="checkbox"/> Puerta tipo multilock.	<input type="checkbox"/> Rejas tipo multilock.
<input type="checkbox"/> Con conexión a un cuerpo de defensa	<input type="checkbox"/> No menos de 8 horas diarias	<input type="checkbox"/> Ventanas con rejas.	<input type="checkbox"/> Rejas Metálicas.
<input type="checkbox"/> No posee sistema de alarma	<input type="checkbox"/> No posee vigilancia armada	<input type="checkbox"/> Puerta con rejas normal.	<input type="checkbox"/> Otro _____

INCENDIO:

Alarma contra Incendio Detectores contra Incendio Otro:

VI. OTROS BIENES

SECCIONES BÁSICAS (su contratación es de carácter obligatorio)

I. Contenido. Lea cuidadosamente y elija una de las siguientes modalidades

Modalidad 1: Distribución por Grupos

Grupo de contenido	Porcentaje	Grupo de contenido	Porcentaje	Grupo de contenido	Porcentaje
Grupo 1: Cocina		Grupo 4: Lavadero		Grupo 7: Habitaciones secundarias	
Grupo 2: Sala		Grupo 5: Baños		Grupo 8: Garaje	
Grupo 3: Comedor		Grupo 6: Habitación principal		Grupo 9: Biblioteca y terrazas	

Suma Asegurada del Grupo del 1 AL 9

Grupo 10: Línea De Audio y video. Especifique a continuación los valores individuales para cada bien.

Bien	Marca	Modelo	Pulg.	Suma Asegurada Bs.	Otros Bienes	Marca	Modelo	Pulg.	Suma Asegurada Bs.
Televisión									
Televisión									
Equipo de video			-----						
Equipo de video			-----						
Equipo de Audio			-----						
Equipo de Audio			-----						
D.V.D			-----						
D.V.D			-----						

Suma Asegurada Grupo 10 Bs.

Total Suma Asegurada Contenido Modalidad 1 Bs.

Modalidad 2: Listado de Bienes Asegurados

Debe llenar el listado de bienes asegurados con los valores individuales de cada bien, incluyendo el costo de transporte, instalación y derechos de aduana si los hay. El listado de bienes asegurados debe ser anexo a la presente solicitud.

Total Suma Asegurada Contenido Modalidad 2 Bs.

II. EDIFICACIÓN: Elija una (1) de las siguientes opciones

OPCIÓN 1 : VIVIENDA PROPIA

Edificación. (en el caso de vivienda propia)

Suma Asegurada Edificación Bs. _____

OPCIÓN 2 : VIVIENDA ALQUILADA

Mejoras o bienchurías

Suma Asegurada Bs. _____

Responsabilidad civil locativo

Suma Asegurada Bs. _____

III. RESPONSABILIDAD CIVIL

Suma Asegurada: Responsabilidad Civil Bs.

SECCIONES OPCIONALES (su contratación no es obligatoria, depende de la voluntad del Tomador)

Marque con una (x) e indique la suma asegurada de las secciones opcionales que desea contratar

 I. ARTÍCULOS VALIOSOS MAYORES Para esta sección el valor de cada artículo debe ser superior a Veinte Unidades Tributarias (20 U.T) y la suma asegurada total no podrá ser superior a 25% de la Suma Asegurada del Contenido.**Suma Asegurada: Artículos Valiosos Mayores** Bs. **II. EQUIPOS ELECTRÓNICOS**

Bien	Marca	Modelo	Serial	Capacidad	Años de antigüedad	Suma Asegurada Bs. (Incluye fletes, impuestos y derechos aduaneros si los hay)

PORTADORES EXTERNOS DE DATOS La suma asegurada total para portadores externos de datos no debe superar el 10% de los valores totales de equipos electrónicos.

Bien	Marca	Modelo	Serial	Capacidad	Años de antigüedad	Suma Asegurada Bs. (Incluye fletes, impuestos y derechos aduaneros si los hay)

Suma Asegurada Total: Equipos Electrónicos Bs.**COBERTURAS OPCIONALES (su contratación no es obligatoria, depende de la voluntad del Tomador)**

Marque con una (x) las coberturas opcionales que desea contratar

Coberturas Opcionales que no implican cambio en la Suma Asegurada:

- Terremoto o temblor de tierra.
- Motín, disturbios populares, disturbios laborales y daños maliciosos.
- Daños por agua (Al 100%). Esta cobertura sustituirá la cobertura básica de Daños por Agua.
- Inundación (Al 100%). Esta cobertura sustituirá la cobertura básica de Inundación.
- Servicio de asistencia domiciliar de emergencia.

Coberturas Opcionales que requieren especificar la Suma Asegurada:

Suma Asegurada Bs.

- Daños por exploración.
- Rotura de vidrios, cristales y espejos.
- Daños a la edificación por intento de robo. (Exceso)
- Infidelidad de empleados domésticos.
- Bienes refrigerados o congelados.
- Seguro de artículos valiosos menores. Nota: Se debe anexar el listado de bienes asegurados con el valor de cada artículo, el cual debe ser inferior a veinte Unidades Tributarias (20 U.T).
- Seguro de artículos valiosos a nivel mundial.
- Robo, asalto o atraco de dinero en efectivo.

OTRAS COBERTURAS OPCIONALES QUE REQUIEREN ESPECIFICAR LA SUMA ASEGURADA **I. ACCIDENTES PERSONALES****Grupo Familiar.** Las personas listadas deben convivir con el Titular de la Póliza y anexar copias de C.I. de todos los asegurados.

Personas Asegurables					Sumas Aseguradas		
Apellido y Nombre	Parentesco	C.I./ Pasaporte	Fecha Nacimiento	Ocupación	Muerte / Invalidez	Gastos Médicos	Gastos Funerarios

II. EMPLEADOS DOMESTICOS. Las personas listadas en esta cobertura, deberán convivir con el Titular de la Póliza

Personas Asegurables					Sumas Aseguradas		
Apellido y Nombre	C.I. / Pasaporte	Fecha Nacimiento	Antigüedad en la residencia	Ocupación	Muerte / Invalidez	Gastos Médicos	Gastos Funerarios

III. SEGURO DE TARJETAS DE CRÉDITO O DÉBITO

Únicamente pueden estar aseguradas las tarjetas pertenecientes al Titular y al grupo familiar. Tipo de tarjeta: TC (Tarjeta de Crédito) y TD (Tarjeta de Débito)

No.	Tipo de Tarjeta		Institución que la Otorga	Número de Tarjetas	Límite de Crédito Bs.
	TC	TD			
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

VII. DECLARACIÓN DE EMPLEADOS DOMÉSTICOS

Personas Asegurables				
Apellido y Nombre	C.I. / Pasaporte	Fecha Nacimiento	Antigüedad como Empleado Doméstico de la Residencia	Ocupación

NOTA: Debe llenar para que tenga validez la cobertura infidelidad de empleados domésticos.

Deben anexarse copias de las C.I. de todos los asegurados o en su defecto otro documento de identidad legal.

VIII. BENEFICIARIO(S) PREFERENCIAL(ES)

Razón Social / Apellidos y Nombres	RIF / N° C.I. o Pasaporte:	Bien(es):

IX. OTROS SEGUROS

Compañía	Tipo de Póliza / Ramo	Status Vigente / Vencida	Compañía	Tipo de Póliza / Ramo	Status Vigente / Vencida
Nro. 1			Nro. 3		
Nro. 2			Nro. 4		

IX. DECLARACIONES DEL TOMADOR

Doy fe que el dinero utilizado para el pago de prima proviene de operaciones lícitas, realizadas con estricta observación a la Legislación Nacional y por lo tanto, no tiene relación alguna con bienes, haberes o capitales, producto de las actividades a que se refiere la Ley Orgánica Contra la Delincuencia Organizada.

Declaro (amos) (en nombre de mi representado) bajo juramento que la información suministrada es exacta, sin omisión de ningún detalle, hecho o circunstancia con el propósito de disminuir o aminorar la gravedad del riesgo o con la intención de cambiar su objeto.

Autorizo (amos) la verificación de la misma, así como a suministrar información a terceros para fines de evaluación de riesgo. Queda entendido que la presente solicitud no otorga cobertura provisional, ni implica compromiso de aceptar la cotización de la Compañía.

Razón Social / Apellidos y Nombres:	Firma:	C.I. o R.I.F. Nro.:	Lugar y Fecha:
-------------------------------------	--------	---------------------	----------------

X. INTERMEDIARIO

Apellidos y Nombres:	Código:	Firma::
----------------------	---------	---------

Firma de EL TOMADOR o su Representante

Sello y Firma del Representante de EL ASEGURADOR

Aprobado por la Superintendencia de Seguros, según Oficio N° 4638 de fecha 24 Abril 2009