

I.- Datos del Solicitante / Tomador

Nro. C.I./ Pasaporte/R.I.F.:	Nacionalidad: <input type="checkbox"/> Venezolana <input type="checkbox"/> Extranjera	Razón Comercial:
	País de origen:	Residente: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
1er. Apellido:	2do. Apellido:	Nombres:

II.- Datos del Asegurado

C.I. / Pasaporte/R.I.F. Nro.:	Razón Comercial:
1er. Apellido:	Nombres:

III.- Vigencia del Seguro

Desde:	Hasta:
--------	--------

IV.- Datos de la Ubicación del Riesgo

País:	Estado:	Ciudad:	Zona Postal:
Urbanización:		Avenida/Calle/Transversal:	
Centro Comercial/Edificio/Torre/Local:	Piso Nro./Nivel:	Oficina:	Teléfono/Fax:
Actividad Económica o índole:			

IV.I.- Materiales de Construcción del Inmueble

Elementos	Materiales		
Techo	<input type="checkbox"/> Concreto Armado, Hierro Revestido	<input type="checkbox"/> Láminas de Zinc, Aluminio, Hierro o Asbesto	<input type="checkbox"/> Madera, Láminas No Combustibles
Puertas	<input type="checkbox"/> Hierro o Acero	<input type="checkbox"/> Madera, Vidrio o Cristal	<input type="checkbox"/> Láminas de Plástico
Paredes	<input type="checkbox"/> Ladrillo Macizo, Piedra, Concreto Armado	<input type="checkbox"/> Hierro, Vidrio, Asbesto, Zinc	<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

IV.II.- Sistemas de Prevención y Protección Contra Robo

Sistema de Alarma:	<input type="checkbox"/> Sin Conexión a una Oficina	<input type="checkbox"/> Durante las 24 Horas del Día
	<input type="checkbox"/> Con Conexión a una Oficina	<input type="checkbox"/> Durante No Menos de 8 Horas Diarias
<input type="checkbox"/> Puerta Tipo Multilock	<input type="checkbox"/> Puerta con Reja Normal	<input type="checkbox"/> Rejas Metálicas
<input type="checkbox"/> Ventanas con Rejas	<input type="checkbox"/> Rejas Tipo Multilock	<input type="checkbox"/> Otro: _____

V.- Coberturas

Coberturas Básicas	Valor Real Asegurable	% Primer Riesgo	Suma Asegurada
<input type="checkbox"/> Existencias Propias			
<input type="checkbox"/> Existencias de Terceros			
<input type="checkbox"/> Maquinarias y Equipos Industriales			
<input type="checkbox"/> Instalaciones			
<input type="checkbox"/> Mejoras o Bienhechurías			
<input type="checkbox"/> Mobiliario			
<input type="checkbox"/> Suministros			

Coberturas Opcionales	Valor Real Asegurable	% Primer Riesgo	Suma Asegurada
<input type="checkbox"/> Cobertura Automática			
<input type="checkbox"/> Aumento Transitorio Automático Desde: _____ Hasta: _____			
<input type="checkbox"/> Aumento Temporal Desde: _____ Hasta: _____			
<input type="checkbox"/> Hurto			
<input type="checkbox"/> Exceso por daños a la Edificación			

VI.- Descripción del Local

<input type="checkbox"/> Los bienes asegurados se encuentran en locales contiguos y comunicados	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Los bienes asegurados están en varios locales dentro de un mismo predio	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Son utilizadas en las horas no laborales del mediodía, la protección exigida para las puertas paredes y ventanas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Estará el inmueble que contiene los bienes asegurados deshabitado por un período mayor a 30 días consecutivos, en caso afirmativo indicar dicho lapso:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Los bienes que se desean asegurar están contenidos en varios locales, ubicados en predios diferentes y no conocen el monto asegurado por cada uno. En caso afirmativo, indicar monto global _____ Número de locales: _____ (anexar lista)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Cuánto tiempo ha ocupado el inmueble objeto del seguro?:	Menos de 6 meses:	Menos de 2 años:
		Menos de 5 años:
		5 años o más:
<input type="checkbox"/> ¿Posee libro de contabilidad de acuerdo a la Ley?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

VII.- Otros Seguros

Compañía	Tipo de Póliza/Ramo	Status	Compañía	Tipo de Póliza/Ramo	Status
1.-		<input type="checkbox"/> Vigente <input type="checkbox"/> Vencida	4.-		<input type="checkbox"/> Vigente <input type="checkbox"/> Vencida
2.-		<input type="checkbox"/> Vigente <input type="checkbox"/> Vencida	5.-		<input type="checkbox"/> Vigente <input type="checkbox"/> Vencida
3.-		<input type="checkbox"/> Vigente <input type="checkbox"/> Vencida	6.-		<input type="checkbox"/> Vigente <input type="checkbox"/> Vencida

VIII.- Beneficiario Preferencial

Nombre o Razón Social:

Nro. C.I./R.I.F.:

IX.- Declaración del Solicitante

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."

Lugar y Fecha:

Razón Social / Apellido(s) y Nombre(s)	Nro. C.I./R.I.F.	Firma del Tomador	Firma del Asegurado

X.- Intermediario

Apellido(s) y Nombre(s):

Código:

Firma:

Aprobada por la Superintendencia de Seguros mediante Oficio Nro. FSS-1-1-3001 de fecha 29 de mayo de 2007