



**SEGUROS
LOS ANDES**

COMPANÍA ANONIMA, INSCRITA EN LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS - MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA ECONOMÍA Y FINANZAS BAJO EL N° 44 MIEMBRO DE LA CÁMARA DE ASEGURADORES DE VENEZUELA
R.I.F. J-07001737-6 - AV. LAS PILAS, URB. SANTA INÉS, EDIFICIO SEGUROS LOS ANDES, SAN CRISTOBAL, TACHIRA. INSCRITA EN EL REGISTRO MERCANTIL QUE LLEVABA EL
JUZGADO DE PRIMERA INSTANCIA CIVIL Y MERCANTIL DEL ESTADO TACHIRA, BAJO EL N° 16 DE FECHA 06 DE FEBRERO DE 1.956.
REPRESENTANTE: LIC. ALEXANDER PÉREZ - VICEPRESIDENCIA TÉCNICA, APODERADO BAJO PODER AUTENTICADO ANTE LA NOTARÍA PÚBLICA NOVENA
DEL MUNICIPIO CHACAO DEL EDO. MIRANDA EN FECHA 16-02-06, BAJO EL N° 15, TOMO 21.

SOLICITUD DE PÓLIZA DE SEGURO DE INCENDIO

Fecha de Solicitud: / /	N° Póliza	Vigencia	Desde 12M.	D	M	A	Hasta 12M.	D	M	A
-------------------------	-----------	----------	------------	---	---	---	------------	---	---	---

DATOS DEL TOMADOR

A- PERSONA NATURAL

1er Apellido	2do Apellido o de Casada	1er Nombre	2do Nombre
C.I. N° / Pasaporte	Lugar y Fecha de Nacimiento / /	Edad	Estado Civil
Profesión / Actividad u Oficio	Ejercicio Indep. <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/>	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
Dirección de Habitación			
Dirección de Oficina			Cobro <input type="checkbox"/> Hab. en: <input type="checkbox"/> Ofic.
Teléfono de Habitación	Teléfono de Oficina	Ingreso Anual: <input type="checkbox"/> 0 a 10.000 <input type="checkbox"/> 10.001 a 20.000 <input type="checkbox"/> 20.001 a 40.000 <input type="checkbox"/> Más de 40.000	
E-mail			

PERSONA JURÍDICA

Nombre o Razón Social (Indique las siglas si las tiene)			
Fecha de Constitución / /	Registro Mercantil _____ Tomo _____ N° _____		
N° R.I.F. / R.F.P.	Actividad Económica	Promedio de Ventas Mensuales	
Representante Actual			
Dirección de Cobro			
Teléfono 1	Teléfono 2	Teléfono 3	Fax
Celular	País	Estado	
Ciudad	Municipio	Zona Postal	
E-mail			

Dirección del Riesgo (Interés Asegurable) _____

ASEGURADO PROPUESTO (Llenar en caso de ser diferente al tomador)**PERSONA NATURAL**

1er Apellido	2do Apellido o de Casada	1er Nombre	2do Nombre
C.I. N° / Pasaporte	Lugar y Fecha de Nacimiento / /	Edad	Estado Civil
Profesión / Actividad u Oficio	Ejercicio Indep. <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/>	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
Dirección de Habitación			
Dirección de Oficina			Cobro <input type="checkbox"/> Hab. en: <input type="checkbox"/> Ofic.
Teléfono de Habitación	Teléfono de Oficina	Ingreso Anual: <input type="checkbox"/> 0 a 10.000 <input type="checkbox"/> 10.001 a 20.000 <input type="checkbox"/> 20.001 a 40.000 <input type="checkbox"/> Más de 40.000	
E-mail			

PERSONA JURÍDICA

Nombre o Razón Social (Indique las siglas si las tiene)			
Fecha de Constitución / /	Registro Mercantil _____ Tomo _____ N° _____		
N° R.I.F. / R.F.P.	Actividad Económica	Promedio de Ventas Mensuales	
Representante Actual			
Dirección de Cobro			
Teléfono 1	Teléfono 2	Teléfono 3	Fax
Celular	País	Estado	
Ciudad	Municipio	Zona Postal	
E-mail			

B- BIENES POR ASEGURAR

Primer Riesgo Relativo (P.R.R.)			
	Básicas y Opcionales	Terremoto	Valores a Riesgo
Edificaciones	_____ %	_____ %	_____
Maquinarias y Equipos Industriales Instalaciones	_____ %	_____ %	_____

E- IDENTIFICACIÓN DEL PREDIO ASEGURABLE

Nº de localidades _____ (Para cada localidad adicional indicar en la sección A de una nueva solicitud la dirección del predio y llenar las secciones E y G correspondientes)

Año de construcción: _____ Nº de pisos (Incluyendo sótanos): _____ Altura Aprox: _____ m.

Actividades en Inmuebles Colindantes:

Norte:	A M.	<input type="checkbox"/>	Residencia	<input type="checkbox"/>	Comercio	<input type="checkbox"/>	Industria
Sur:	A M.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
Este:	A M.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
Oeste:	A M.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			

El Predio Colinda con: Inmueble desocupado o abandonado Terreno sin edificar

Obra en demolición Río o quebrada a _____ m Existe comunicación con edificios

Colindantes? Si No En caso afirmativo. ¿Que clase de comunicación? _____

¿Hay otros ocupantes del edificio? Si No En caso afirmativo, indique la índole de actividad de cada ocupante: _____

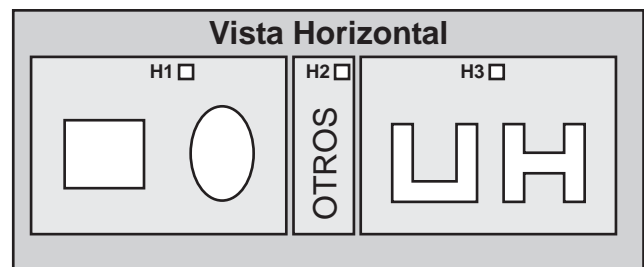
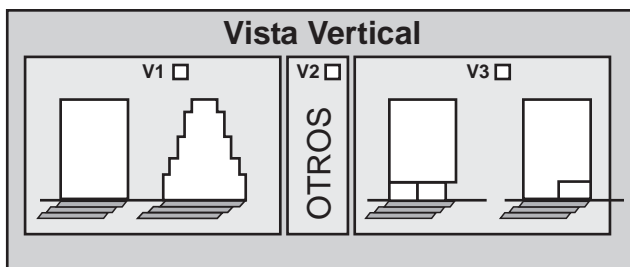
F- TIPO DE CONSTRUCCIÓN:

Estructura de: _____ Techos de: _____ Sobre: _____ Paredes de: _____

Entrepiso de: _____ Pisos de: _____ Cuántos pisos: _____

Materiales frágiles : Si No Mercancía predominante: _____ Clase de edificación: _____

Acabado de fachada: _____ Zona Sísmica: _____



G- PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA INCENDIOS:

Cantidad de Extintores de Incendio: _____

Almacenamiento de agua: _____ Lts.

¿Existen sistemas de detención y alarmas? Si No

Reserva para Incendios _____ Lts.

¿Tiene letreros indicando "Prohibido Fumar"? Si No

¿Existen sistemas hidrantes? Si No

En caso afirmativo ¿Con bomba propia? Si No

Cantidad de mangueras: _____ Diámetro: _____ Pulg: _____

Distancia del cuerpo de Bomberos:

Km: _____ Min: _____

¿Tiene Rociadores? Si No

H- INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

¿Se llevan los libros de Contabilidad de acuerdo con la Ley? Si No

¿Donde se guardan los libros de Contabilidad? _____

Fecha del último inventario: ____ / ____ / ____ Fecha del establecimiento de la firma ____ / ____ / ____

Nombre anterior de la firma, si fuese el caso: _____

Referencias Comerciales

Comercio	Dirección	Teléfono

Referencias Bancarias

Entidad Bancaria	Número (s) Cuenta (s)	Teléfono

Otros seguros vigentes sobre los mismos bienes

Empresa de Seguros	Monto Asegurado	Nº de Póliza	Vigencia

Siniestros Ocurridos

Empresa de Seguros	Causa	Fecha	Monto

Solicitudes Rechazadas

Empresa de Seguros	Motivo	Fecha

Beneficiario Preferencial	Cédula de Identidad o R.I.F.

El Tomador garantiza, mediante la firma contenida en la presente solicitud, que toda información declarada libremente aquí, es completa y verídica, que no ha suprimido información alguna que pudiere cambiar el concepto de gravedad del riesgo e influenciar erróneamente la decisión de la Empresa de Seguros respecto de dicho riesgo y que se encarga de ejercer toda la precaución razonable para salvaguardar los bienes objeto del seguro aquí solicitado. Conviene asimismo, que esta solicitud y declaraciones contenidas formarán la base de la póliza a ser emitida por la Empresa de Seguros y cualquier omisión, falsedad o falta en las declaraciones será la causa suficiente para que el seguro concedido de ésta solicitud, quede nulo en su totalidad, desde su comienzo u otra fecha elegida por la Empresa de Seguros, de conformidad con lo señalado en las condiciones de la póliza.

“Yo _____, el Tomador doy fé 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 de los delitos de Legitimación de capitales previstos en la Ley Orgánica Contra la Delincuencia Organizada.”

Ciudad y Fecha

Firma del Asegurado
Titular

Firma del Tomador

Firma del Productor de Seguros

Código