



COMPAÑIA ANONIMA, INSCRITA EN LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS - MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA ECONOMIA 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, TÁCHIRA. INSCRITA EN EL REGISTRO MERCANTIL QUE LLEVABA EL
JUZGADO DE PRIMERA INSTANCIA CIVIL Y MERCANTIL DEL ESTADO TÁCHIRA, BAJO EL N° 16 DE FECHA 06 DE FEBRERO DE 1.956.
REPRESENTANTE: LIC. ALEXANDER PÉREZ - VICEPRESIDENCIA TÉCNICA, APODERADO BAJO PODER AUTENTICADO ANTE LA NOTARIA PÚBLICA NOVENA
DEL MUNICIPIO CHACAO DEL EDO. MIRANDA EN FECHA 16-02-06, BAJO EL N° 15, TOMO 21.

SOLICITUD DE PÓLIZA DE SEGURO RESIDENCIA INTEGRAL

Fecha de Solicitud: / /	N° Póliza	Vigencia	Desde 12M.	D	M	A	Hasta 12M.	D	M	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 NATURAL/ ASEGURADO PROPUESTO (Llenar en caso de ser diferente al tomador)

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			

CARACTERÍSTICAS DEL INMUEBLE

Dirección de Ubicación		
	Ciudad	Estado
Nombre del Propietario		
Tipo <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Quinta <input type="checkbox"/> Apartamento	Nombre del Inmueble N° de pisos	Uso a que se destina <input type="checkbox"/> Vivienda <input type="checkbox"/> Mixto <input type="checkbox"/> (Vivienda y Comercio)

LINDEROS DEL EDIFICIO

Norte	Este
Sur	Oeste

TIPO DE CONSTRUCCIÓN

Paredes construidas de	Techos construidos de	Metros cuadrados de construcción
Ventanas construidas de	Puertas construidas de	Antigüedad construcción (años)
Protección de ventanas y puertas Rejas <input type="checkbox"/> Alarma <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> _____		

UBICACIÓN DE LOS MUEBLES EN EL INMUEBLE

Se deja sola la vivienda Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, por períodos continuos de _____
----------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------

LÍMITES DE INDEMNIZACIÓN

Se consideran cubiertos solamente aquellos riesgos para los cuales se indican a continuación un límite de responsabilidad por parte de la compañía.

Sección	Coberturas	Valores a Riesgo	% Primer Riesgo	Prima Bs.
	Pérdida o daños materiales			
	A.- Inmueble <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Quinta <input type="checkbox"/> Apartamento			
	B.- Efectos personales (Según Inventario de bienes)			

La presente solicitud esta sujeta a las condiciones generales de la póliza de seguro residencia integral y forma parte integrante de la misma.

El presente seguro queda nulo y sin efecto, y el asegurado perderá todo su derecho a indemnización si hubiere cualquier reticencia o información inexacta en la solicitud o si hubiese omitido en ella cualquier dato acerca de aquellas circunstancias que, conocidos por la compañía, pudieran haberla retraído de celebrar el contrato de seguro o haberla llevado a modificar sus condiciones.

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

Código