



**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, 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 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 SUSTRACCIÓN ILEGÍTIMA

| | | | | | | | | | | |
|---------------------|-----------|----------|---------------|---|---|---|---------------|---|---|---|
| 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 Hab. <input type="checkbox"/> en: Ofic. <input type="checkbox"/> |
| 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 Oficina | | | Cobro Hab. <input type="checkbox"/> en: Ofic. <input type="checkbox"/> |
| Teléfono Habitación | Teléfono 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

| | Valores a Riesgo |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> Mobiliario | |
| <input type="checkbox"/> Suministros | |
| <input type="checkbox"/> Existencias | |
| <input type="checkbox"/> Efectos Personales | |
| <input type="checkbox"/> Maquinarias y Equipos Industriales <input type="checkbox"/> Sólo los Fácilmente Movilizables | |
| <input type="checkbox"/> Objetos Valiosos y de Arte, según relación detallada | |
| <input type="checkbox"/> Equipos Electrónicos | |
| <input type="checkbox"/> Otros, Especifique: _____ | |
| Primer Riesgo Relativo (P.R.R.): | _____ % |

C- COBERTURAS SOLICITADAS:

Soló la Cobertura de Robo es obligatoria. La Cobertura de Asalto y Atraco es opcional.

| Coberturas Básicas | Sumas Aseguradas |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Robo <input checked="" type="checkbox"/> Daños al Local / Residencia | Según Cuadro Póliza, en función de las modalidades indicadas en la declaración de los valores a riesgo y las condiciones de Póliza. |
| Coberturas Adicionales | |
| <input type="checkbox"/> Asalto y Atraco | |

D- CLÁUSULAS

| | |
|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Reposición a Nuevo: | <input type="checkbox"/> Cuidado, Control y Custodia |
| <input type="checkbox"/> Otra (Especifique): | |
| <input type="checkbox"/> Otra (Especifique): | |

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 F correspondientes)

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, ¿Qué Clase de Comunicación?:

¿Hay otros Ocupantes del Edificio? Si No . En caso afirmativo, Indique la índole de actividad de cada ocupante:

Materiales Frágiles: Si No . Mercancía Predominante: _____

F- PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA ROBO

| Características o Materiales de Construcción | Protecciones y Elementos de Seguridad Adicional |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| Estructura: | |
| Techos: | |
| Paredes: | |
| Puertas Batientes: | |
| Puertas Arrollables: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuántas?: ____ Ancho Mayor: ____ m. | |
| Ventanas: | |
| Vitrinas de Exhibición: | |
| Claraboyas, Tragaluces, Aberturas de a/a u otras aberturas | |
| <p>¿Se Utilizan las Protecciones en puertas y vitrinas de exhibición en horas no laborables del mediodía? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>¿Existen Sistemas de alarmas en el inmueble que contiene los bienes por asegurar? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>En caso afirmativo, indique los puntos protegidos con alarmas: <input type="checkbox"/> Techo <input type="checkbox"/> Paredes exteriores <input type="checkbox"/></p> <p>Puertas exteriores <input type="checkbox"/> Ventanas <input type="checkbox"/> Vitrinas <input type="checkbox"/> Pisos <input type="checkbox"/> Otros, Indique: _____</p> <p>¿Existe contrato de mantenimiento para los sistemas de alarma? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>¿Existe caja fuerte? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Empotrada? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Peso de la caja fuerte: _____ Kg.</p> <p>¿Existen cajas registradoras? Si <input type="checkbox"/> ¿Cuántas?: _____ No <input type="checkbox"/></p> <p>Vigilancia: <input type="checkbox"/> No posee vigilancia armada. <input type="checkbox"/> Vigilancia armada con reloj de control, con un sistema de rondas durante las 24 horas no laborables que recorran cada dos (2) horas un mínimo de cuatro (4) estaciones o puntos de lectura aprobadas por la Empresa Aseguradora.</p> <p>Empresa de vigilancia: _____ Vigencia del contrato hasta: ____ / ____ / ____</p> | |

G- 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 F correspondientes)

Año 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. ¿Qué clase de comunicación? _____

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

H- INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA¿Se llevan los libros de Contabilidad de acuerdo con la Ley? Si No

¿Dónde 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_____
Código