



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. SANTAINÉS, EDIFICIO SEGUROS LOS ANDES, SAN CRISTÓBAL, 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 PODERAUTENTICADO ANTE LA NOTARÍA PÚBLICANOVENA
DEL MUNICIPIO CHACAO DEL EDO. MIRANDA EN FECHA 16-02-06, BAJO EL N° 15, TOMO 21.

PÓLIZA DE SEGURO PARA EQUIPOS DE CONTRATISTA

SOLICITUD DE SEGURO

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

DATOS DEL TOMADOR

CUANDO ES PERSONA NATURAL O CUANDO ES EL CONTACTO DE LA PERSONA JURÍDICA:

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"/> Mas 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			

ASEGURADO PROPUESTO: (Llenar en caso de ser diferente al tomador)**CUANDO ES PERSONA NATURAL O CUANDO ES EL CONTACTO DE LA PERSONA JURÍDICA:**

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"/> Mas 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			

ÍNDOLE DE ACTIVIDAD ECONÓMICA - MANTENIMIENTO

<input type="checkbox"/> Construcción de edificios <input type="checkbox"/> Movimiento de tierra <input type="checkbox"/> Excavaciones y pilotajes <input type="checkbox"/> Carreteras y puentes <input type="checkbox"/> Remodelaciones y Obras Civiles <input type="checkbox"/> Agricultura <input type="checkbox"/> Otro _____	Los equipos son propios o a su cuidado bajo otro titulo Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Explique _____ _____
	Existe taller de mantenimiento propio? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LOS EQUIPOS

Item	Tipo	Marca, capacidad, modelo, serial	Año fabricación	Valor reposición Bs.

- Uso propio Se arriendan a terceros Trabajan todo territorio nacional
 Trabajan en zona delimitada

Especifique _____

- Traslados por sus propios medios Traslados sobre medios especializados

Especifique _____

Indique N° de horas de trabajo diario de los equipos _____

Época del año en el cual trabajan (verano, invierno, siembra, cosecha, etc.) _____

HISTORIA PREVIA DE LOS SINIESTROS

Han estados asegurados los equipos Si No Compañía _____

Detalle siniestros previos indicando causa, fecha e importe _____

COBERTURAS DESEADAS

Cobertura Básica (Obligatoria)

Traslados terrestres (Opcional)

Motín, Disturbios Populares, Disturbios Laborales y Daños Maliciosos (Opcional)

Nota: El tomador no está obligado a contratar todas y cada una de las coberturas aquí señaladas

OBSERVACIONES

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 Tomador

Firma del Asegurado
Titular

Firma del Productor

Código