



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. 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 NOTARIA PÚBLICANOVENA
DEL MUNICIPIO CHACAO DEL EDO. MIRANDA EN FECHA 16-02-06, BAJO EL N° 15, TOMO 21.

PÓLIZA DE SEGURO DE INSTALACIÓN Y MONTAJE

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	<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		Ingreso Anual	

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			

DATOS DEL MONTAJE

Descripción del bien que va a montarse _____ _____ _____ _____				
(Cuando sean diversos, favor agregar una especificación) _____				
Fabricante	N° de serie	N° de orden	Tipo	Capacidad
Velocidad	Presión	Temperatura	Peso	

EN CASO DE CONSTRUCCIONES DE ACERO

Material	Carga máxima	Peso	Soldada	Remachada
Anexe hojas en caso de plantas completas: fabricantes principales, tipos, capacidad, números de unidades o secciones de producción y otros detalles de importancia				

PARA MAQUINARIA

Se cuenta con una grúa viajera de capacidad suficiente <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Para construcciones de acero
Indicar el sistema de montaje	
¿Es usted? <input type="checkbox"/> Fabricante <input type="checkbox"/> Importador o <input type="checkbox"/> Contratista de los bienes que se van a montar para la instalación de los mismos	
Los bienes que se van a montar son: <input type="checkbox"/> Nuevos <input type="checkbox"/> Usados	
¿Los planos, diseños y materiales han sido probados en otras de sus construcciones, o la instalación o parte de ella va a ser elegida por primera vez?	
¿Hay peligro especial de incendio y/o explosión? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, dar detalles
¿Quien va a efectuar el montaje de la maquinaria?	
¿Cual es su experiencia?	
Nombre del comprador	C.I. N°.
Domicilio	
Ubicación del montaje	Amparo principal "A" (Básica)

¿Cual es el valor del bien que va a asegurar?

(En caso de que sean diversos favor agregar una especificación)

Fletes.....Bs. _____

Derecho de aduana.....Bs. _____

Costo de montaje.....Bs. _____

¿Cuales amparos desea usted obtener? (Opcionales) (No Obligatorias)

Temblor B) Si <input type="checkbox"/>	Terremoto etc. No <input type="checkbox"/>	Ciclón, tempestad, inundación, etc. C) Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	D) Errores del fabricante
---	---	---	---------------------------

(Solo puede tenerse "D" cuando el fabricante de la maquinaria es el tomador)

E) Responsabilidad civil para daños materiales con suma asegurada por separado
Bs.

F) Responsabilidad civil para daños corporales con suma asegurada por separado
Bs.

G) Remoción de escombros con suma asegurada por separado
Bs.

Equipos y Maquinarias Auxiliares de Montaje
Bs.

¿Desea Ud. que su seguro incluya en caso de siniestro? Fletes por expreso <input type="checkbox"/> Salario por tiempo extra <input type="checkbox"/> Días festivos <input type="checkbox"/>	(Gastos extra por transporte aéreo no podrán ser asegurados)
--	--

Duración probable del montaje y de la prueba de operación

Montaje _____ Meses _____ Pruebas _____ Semanas _____

(Para objetos usados la prueba de operación no podrá ser asegurada). La aceptación del seguro sujeta a la aprobación de la Empresa de Seguros

Sumas Máximas Asegurables para Responsabilidad Civil

Amparo "E".- Para daños materiales fuera del predio..... _____

Para daños o bienes en custodia a su cuidado..... _____

Amparo "F".- Para lesiones personales..... _____

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 pudiese 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