

**SOLICITUD DE PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL**

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

**DATOS DEL 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 6.000.000 <input type="checkbox"/> 6.000.001 a 12.000.000 <input type="checkbox"/> 12.000.001 a 18.000.000 <input type="checkbox"/> Mas de 18.000.000	
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)****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	<input type="checkbox"/> 0 a 6.000.000 <input type="checkbox"/> 6.000.001 a 12.000.000 <input type="checkbox"/> 12.000.001 a 18.000.000 <input type="checkbox"/> Mas de 18.000.000	
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 de la obra a ejecutar: _____ _____
Ciudad _____ Estado _____
Contratista de la obra _____
Duración de la obra: Del _____ Al _____
Tipo de obra _____

Linderos del Edificio: (Indique específicamente si cualquiera de los linderos del inmueble que contiene los bienes asegurados colinda con inmuebles desocupados, invadidos, abandonados o en ruinas, terrenos sin edificar, obras en demolición o en proceso de construcción)

Norte \_\_\_\_\_

Norte

Sur \_\_\_\_\_

Oeste

Este

Este \_\_\_\_\_

Sur

Oeste \_\_\_\_\_

Coberturas a contratar	Distribución de Valores Asegurados
1. _____	1. Daños a cosas, hasta Bs. _____
2. _____	2. Daños a personas, hasta Bs. _____
3. _____	3. Daño a una persona, hasta Bs. _____
4. _____	4. Límite año póliza, hasta Bs. _____
5. _____	5. Otros _____

**OBSERVACIONES:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Los datos indicados en esta solicitud servirán de base para el seguro, siempre que éste se lleve a cabo y de su exactitud depende su validez, el domicilio para los efectos del seguro entra en vigencia una vez expedida la póliza y satisfecho el pago correspondiente para el primer período. Queda entendido que esta solicitud no nos obliga a la celebración del contrato.

“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 Productor

\_\_\_\_\_  
Código