



COMPAÑÍA ANÓNIMA, INSCRITA EN LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS – MINISTERIO DE FINANZAS BAJO EL Nº 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 CRISTÓBAL, TÁCHIRA. INSCRITA EN EL REGISTRO MERCANTIL QUE LLEVABA
EL JUZGADO DE PRIMERA INSTANCIA CIVIL Y MERCANTIL DEL ESTADO TÁCHIRA, BAJO EL Nº 16 DE FECHA 06 DE FEBRERO DE 1.956.
REPRESENTANTE: LIC. ALEXANDER PÉREZ - VICEPRESIDENCIA DE OPERACIONES.

PÓLIZA DE SEGURO DE RIESGOS DIVERSOS

SOLICITUD DE SEGURO

Fecha de Solicitud: / /	Nº Póliza	Vigencia	Desde 12M.	D	M	A	Hasta 12M.	D	M	A
-------------------------	-----------	----------	------------	---	---	---	------------	---	---	---

DATOS DEL TOMADOR

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

1er Apellido	2do Apellido o de Casada	1er Nombre	2do Nombre
C.I. Nº / 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 en: Hab. <input type="checkbox"/> Ofic. <input type="checkbox"/>
Teléfono Habitación	Teléfono Oficina	Ingreso Anual: <input type="checkbox"/> 0 a 10.000.000 <input type="checkbox"/> 10.000.001 a 20.000.000 <input type="checkbox"/> 20.000.001 a 40.000.000 <input type="checkbox"/> Más de 40.000.000	
E-Mail			

PERSONA JURÍDICA

Nombre y Razón Social (Indique las siglas si las tiene)			
Fecha de Constitución / /	Registro Mercantil _____ Tomo _____ Nº _____		
Nº 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 Oficina			Cobro Hab. <input type="checkbox"/> en: Ofic. <input type="checkbox"/>
Teléfono Habitación	Teléfono Oficina	Ingreso Anual: <input type="checkbox"/> 0 a 10.000.000 <input type="checkbox"/> 10.000.001 a 20.000.000 <input type="checkbox"/> 20.000.001 a 40.000.000 <input type="checkbox"/> Más de 40.000.000	
E-Mail			

PERSONA JURÍDICA

Nombre y 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			

EMPRESARIOS PRINCIPALES DE LA FIRMA

Nombres y Apellidos	Cargo	Cédula

Descripción de la construcción_____

Medidas de seguridad y vigilancia adoptadas _____

Si presta los objetos de arte para exposiciones indique promedio anual de veces y duración _____

Pérdidas o daños sufridos anteriormente (indemnizados o no por el seguro)_____

Le ha sido declinada la solicitud de este seguro anteriormente / en caso de ser afirmativa su respuesta

suministre detalles: _____

Si le han anulado alguna póliza, indique el nombre de dicha compañía y la (s) causa (s) de tal anulación

ANEXAR:

- Relación de joyas y pieles que desea asegurar, expresando los valores confirmados por un joyero o peletero competente o mediante facturas de la compra respectiva.

- Relación de objetos de arte a asegurar indicando por cada objeto el nombre, autor y valor (la valuación puede ser en base a la factura de compra actual) en el caso de cuadros indicar las dimensiones y en el caso de esculturas indicar material, peso y altura.

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 Productor

Código