

PÓLIZA DE SEGURO DE ROTURA DE MAQUINARIA
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 10.000.000 <input type="checkbox"/> 10.000.001 a 20.000.000 <input type="checkbox"/> 20.000.001 a 40.000.000 <input type="checkbox"/> Mas de 40.000.000	
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)**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 10.000.000 <input type="checkbox"/> 10.000.001 a 20.000.000 <input type="checkbox"/> 20.000.001 a 40.000.000 <input type="checkbox"/> Mas de 40.000.000	
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			

DATOS DEL SEGURO

Clase de Industria
Sección de la fábrica que desea asegurar

Desea Ud. que el seguro incluya flete por exceso y salarios por tiempo extra y días festivos, en caso de siniestro? (Gastos extra de transporte aéreo no podrán ser asegurados).	Tiene en su fábrica un taller en el cual se pueda efectuar reparaciones? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	En caso afirmativo, indicar reparaciones: <input type="checkbox"/> Pequeñas <input type="checkbox"/> Medianas <input type="checkbox"/> Grandes

Posic.	N°.	Descripción	Año de fabricación	Valor de reposición	Deducible Bs.

- (*) Describir la maquinaria con las características siguientes: Tipo, Nombre y Número del Fabricante
 Capacidad, Presión y/o Temperatura máxima, Revoluciones por minuto.
 En caso de maquinarias eléctricas, además indique: Voltaje, Tipo cerrado o abierto. Si son transformadores indique también: Si es trifásico o monofásico.
 En caso de maquinarias diesel indique además: N° de cilindros y si son de 2 o 4 tiempos.

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 Productor

 Código