



**SEGUROS
LOS ANDES**

COMPANÍA ANONIMA, INSCRITA EN LA SUPERINTENDENCIA DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA - MINISTERIO DEL PODER POPULAR DE PLANIFICACIÓN Y FINANZAS BAJO EL N° 44 MIEMBRO DE LA CÁMARA DE ASEGURADORES DE VENEZUELA. I.F. J-07001737-6 - AV. LAS PILAS, EDF. SEGUROS LOS ANDES, URB. SANTA INÉS, 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. LUZ MARY CHACON - VICEPRESIDENCIA EJECUTIVA, APODERADO BAJO PODER AUTENTICADO ANTE LA NOTARÍA PÚBLICA CUARTA DEL MUNICIPIO CHACAO DEL EDO. MIRANDA EN FECHA 20 DE NOVIEMBRE DE 2009, BAJO EL N° 25, TOMO 481.

SOLICITUD DE PÓLIZA DE SEGURO DE EQUIPOS ELECTRÓNICOS

| | | | | | | | | | | |
|-------------------------|-----------|----------|-------------|---|---|---|-------------|---|---|---|
| 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 |
| Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> | Profesión u Oficio | Ejercicio Indep. <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> | |
| Actividad Económica, si es comerciante indique el ramo | | Productos y Servicios que ofrece | |
| Dirección de Habitación | | | Teléfono de Habitación |
| Dirección de Oficina | | | Teléfono de Oficina |
| Cobro <input type="checkbox"/> Hab. en: <input type="checkbox"/> Ofic. | Celular | País | Estado |
| Ciudad | Municipio | Ingreso Anual | <input type="checkbox"/> 0 a 20.000 <input type="checkbox"/> 20.001 a 40.000 <input type="checkbox"/> 40.001 a 60.000 <input type="checkbox"/> Mas de 60.000 |
| Zona Postal | E-Mail | | |
| Página Web | | | |

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. | |
| Objeto, Actividad Profesional, Comercial o Industrial. | | Productos y Servicios que ofrece | |
| Representante Legal: Nombres | | Apellidos | C.I. N° / Pasaporte |
| Dirección de Oficina | | | |
| Teléfono 1 | Teléfono 2 | Teléfono 3 | Fax |
| Celular | País | Estado | |
| Ciudad | Municipio | Ingreso Anual | <input type="checkbox"/> 0 a 100.000 <input type="checkbox"/> 100.001 a 500.000 <input type="checkbox"/> 500.001 a 1.000.000 <input type="checkbox"/> Mas de 1.000.000 |
| Zona Postal | E-Mail | | |
| Página Web | | | |

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 |
| Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> | | Profesión u Oficio | | | | Ejercicio Indep. <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> | |
| Actividad Económica, si es comerciante indique el ramo | | | | | Productos y Servicios que ofrece | | |
| Dirección de Habitación | | | | | | Teléfono de Habitación | |
| Dirección de Oficina | | | | | | Teléfono de Oficina | |
| Cobro <input type="checkbox"/> Hab. en: <input type="checkbox"/> Ofic. | | Celular | | País | | Estado | |
| Ciudad | | | Municipio | | | Ingreso Anual <input type="checkbox"/> 0 a 20.000 <input type="checkbox"/> 20.001 a 40.000 <input type="checkbox"/> 40.001 a 60.000 <input type="checkbox"/> Mas de 60.000 | |
| Zona Postal | | E-Mail | | | | | |
| Página Web | | | | | | | |

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. | | |
| Objeto, Actividad Profesional, Comercial o Industrial. | | | | | Productos y Servicios que ofrece | | |
| Representante Legal: Nombres | | | | Apellidos | | C.I. N° / Pasaporte | |
| Dirección de Oficina | | | | | | | |
| Teléfono 1 | | Teléfono 2 | | Teléfono 3 | | Fax | |
| Celular | | País | | | | Estado | |
| Ciudad | | | Municipio | | | Ingreso Anual <input type="checkbox"/> 0 a 100.000 <input type="checkbox"/> 100.001 a 500.000 <input type="checkbox"/> 500.001 a 1.000.000 <input type="checkbox"/> Mas de 1.000.000 | |
| Zona Postal | | E-Mail | | | | | |
| Página Web | | | | | | | |

Lugar de ubicación de los equipos: Planta baja Sótano N° de pisos superiores _____**Tipo de construcción del edificio:**Paredes: Acero Concreto Ladrillo Bloque Madera Otro _____Techo: Platabanda Tejas Laminas metálicas Asbesto Otro _____**Para que fin se usa el edificio:** Oficina Fábrica Almacenaje Laboratorio Comercio ¿Se han observado prescripciones y recomendaciones de los fabricantes en cuanto a la ubicación, funcionamiento, climatización y abastecimiento de energía eléctrica? Si No

Explique: _____

Otros: _____

Requieren los equipos mantenimiento periódico según recomendación del fabricante:

Si Items _____ No

El mantenimiento se efectúa por: El fabricante Arrendador Personal del usuario

Los equipos son operados por: El propietario Personal contratado Personal del usuario

¿Se han adquirido los equipos en estado nuevo? Si No Items _____

Los equipos son: Propios Alquilados Items _____

Adjuntar copia del contrato de alquiler.

Se utilizan en las inmediaciones materias peligrosas o inflamables.

Si Especifique _____ No

Existen en las inmediaciones de los equipos:

Cables de alta tensión Tuberías de agua Vapor Gas

Se da el peligro de inundación o anegación: Si No

Por aguas de ríos o quebradas Lluvias torrenciales Otros _____

Equipos de detección o extinción de incendios utilizados:

Detectores de humo Detectores térmicos

Pulsadores manuales de alarma Rociadores o Sprinklers Hidrantes de mangueras

Extintores manuales de: Co2 Halón Polvo Agua

Puertas incombustibles Muros corta fuego Rondas de seguridad fuera de horas de trabajo

Historia previa de siniestros:

Estuvieron los equipos asegurados previamente: Si No

¿Con que compañía? _____

Detalle siniestros previos, con causa, fecha e importe: _____

DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LOS EQUIPOS

| Itlms | Cant. | Marca | Descripción Serial y Modelo | Año Const. | Valor de Reposición. |
|-------|-------|-------|-----------------------------|------------|----------------------|
| | | | | | |

Coberturas Deseadas:

(Anexe hoja aparte si es necesario)

Cobertura Básica **Observaciones:** __________
_____**Sección Adicional para Equipos Electrónicos de Procesamiento de Datos**

Tipo de construcción de las paredes de la sala de máquinas:

Bloque Ladrillo Fórmica Vidrio Madera

Existen dentro de la sala de máquinas:

Cables de alta tensión Tuberías de agua Vapor Gas

Acceso a la sala de máquinas:

Limitado a personal de Procesamiento de Datos Acceso sin identificación de seguridad Acondicionamiento de aire: Central Armario Ventana No Sistema separado para la sala de computación: Si No Existe control - Regulador de: Temperatura Humedad Energía de emergencia: Por baterías Planta diesel No Regulador de voltaje: Si No No es necesario

Equipos de detección o extinción de incendio dentro de la sala de máquinas:

Detectores de humo Detectores térmicos Pulsadores manuales de alarma Rociadores o Sprinklers Hidrantes de mangueras Extintores manuales de: Co2 Halón Polvo Agua Puertas incombustibles Muros corta fuego Rondas de seguridad fuera de horas de trabajo **Observaciones:** __________
_____**Sección para Portadores Externos de Datos de Equipos Electrónicos de Procesamiento de Datos (Discos, Floppy Disk, Cintas, Cassettes)****Almacenaje:**Dentro de la sala de máquinas Porcentaje _____En estantería de madera En armarios de acero En armarios de contra fuego Fuera de la sala de máquinas

Porcentaje _____

En estantería de madera En armarios de acero En armarios de contra fuego

En caso de Almacenaje Fuera de la Sala de Máquinas, existen en las Inmediaciones de los Estantes o Armarios

Materiales ácidos o inflamables: Si No Explique: _____

Cables de alta tensión Tuberías de agua Vapor Gas

Trabajos Efectuados Principalmente con el Equipo de Procesamiento de Datos:

Comerciales Inventarios Cálculos Otros _____

El sistema operativo permite la elaboración de respaldo:

Diario Semanal Mensual Otro _____

Observaciones: _____

LISTA DE PORTADORES EXTERNOS DE DATOS:

| Cant. Aprox. | Tipo de portador | Almacenaje | | Valor de reposición | Valor de regeneración de datos | Límite combinado de indemnización |
|--------------|------------------|---------------------|--------------------|---------------------|--------------------------------|-----------------------------------|
| | | Dentro de sala/máq. | Fuera de sala/máq. | | | |
| | | | | | | |

Sección para Gastos Adicionales (Que surgen al dañarse el Equipo Electrónico de Procesamiento de Datos)

8 horas por día 16 horas por día 24 horas por día _____ Horas por día
 5 días por semana 6 días por semana 7 días por semana _____ Días por semana

¿A qué Equipo de Procesamiento de Datos piensa recurrir en caso de falla del Equipo propio?:
 Nombre: _____
 Dirección: _____
 Propio Alquilado Detalle el equipo disponible _____

¿Programación compatible sin modificación? Si No
 Ha sido probado alguna vez el equipo anteriormente descrito: Si No
 En caso afirmativo cuántas veces _____ Duración máxima _____ Gastos máximos _____

Sumas Aseguradas: Gastos diarios para equipo, personal, etc.

Gastos para la utilización del equipo de Procesamiento ajeno: _____

Gastos economizados al fallar el Equipo de Procesamiento propio _____

Gastos adicionales de personal que surgen al utilizar el Equipo de Procesamiento ajeno _____

Gastos de transporte adicionales: _____

Total por día de Trabajo: _____

Total por año de Trabajo: _____

Condiciones Deseadas:

Período de Indemnización: 1 mes, 2, 3, 4, 5, 6, 9 meses

Deducible o retención propia de: 2, 3, 5, 10 indemnizaciones diarias.

Límite de indemnización por día: _____

Límite de indemnización por período de indemnización: _____

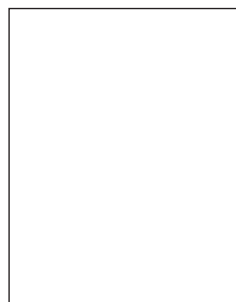
Observaciones: _____

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.

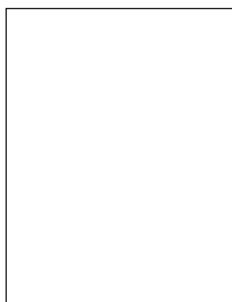
“Yo _____, el tomador doy fé que el dinero utilizado para el pago de la prima del presente seguro proviene de una fuente lícita y no tiene relación alguna con capitales, bienes, haberes o beneficios derivados de las actividades ilícitas de los delitos de Legitimación de Capitales previstos en la Ley Orgánica Contra la Delincuencia Organizada.”

Ciudad y Fecha

Firma del Asegurado Titular



Huella Dactilar Pulgar Derecho del Asegurado



Huella Dactilar Pulgar Derecho del Tomador

Firma del Tomador

Firma del Intermediario

Código