



SEGUROS LOS ANDES

Compañía Anónima, inscrita en la Superintendencia de la Actividad Aseguradora - Ministerio del Poder Popular para la Economía, Finanzas y Banca Pública Bajo el N° 44. Miembro de la Cámara de Aseguradores de Venezuela R.I.F. J-07001737-6 Av. Las Pílas, Urb. Santa Inés Edificio Seguros Los Andes, San Cristóbal, Táchira. inscrita en el Registro de Comercio 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.
Lic. Luz Mary Chacón Avendaño Vicepresidente Ejecutivo de Seguros Los Andes C. A. Representante Legal de la Empresa, según Poder Autenticado ante la Notaría Pública Octava del Municipio Autónomo de Chacao del Distrito Metropolitano de Caracas, de fecha 13 de Junio de 2016, inserto bajo el N° 11, Tomo 229.

SOLICITUD DE PÓLIZA DE SEGURO DE INCENDIO

Fecha de Solicitud: / /	N° Póliza	Vigencia	Desde 12M.	D	M	A	Hasta 12M.	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 u Oficio	Ejercicio Indep. <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/>		Sexo M <input type="checkbox"/> F <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"/> Más de 60.000	
Zona Postal	E-mail		
Página Web			

PERSONA JURÍDICA

Nombre ó 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		
Profesión u Oficio			Ejercicio Indep. <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/>			Sexo M <input type="checkbox"/> F <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"/> Más de 60.000			
Zona Postal	E-mail						
Página Web							

PERSONA JURÍDICA

Nombre ó 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							

B- BIENES POR ASEGURAR

	Primer Riesgo Relativo (P.R.R.)		Valores a Riesgo
	Básicas y Opcionales	Terremoto	
Edificaciones	_____ %	_____ %	_____
Maquinarias y Equipos Industriales Instalaciones	_____ %	_____ %	_____

E- IDENTIFICACIÓN DEL PREDIO ASEGURABLE

Nº de localidades _____ (Para cada localidad adicional indicar en la sección A de una nueva solicitud la dirección del predio y llenar las secciones E y G correspondientes)

Año de construcción: _____ Nº de pisos (Incluyendo sótanos): _____ Altura Aprox: _____ m.

Actividades en Inmuebles Colindantes:

Norte:	A M.	<input type="checkbox"/>	Residencia	<input type="checkbox"/>	Comercio	<input type="checkbox"/>	Industria
Sur:	A M.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
Este:	A M.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
Oeste:	A M.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			

El Predio Colinda con: Inmueble desocupado o abandonado Terreno sin edificar

Obra en demolición Río o quebrada a _____ m Existe comunicación con edificios

Colindantes? Si No En caso afirmativo. ¿Que clase de comunicación? _____

¿Hay otros ocupantes del edificio? Si No En caso afirmativo, indique la índole de actividad de cada ocupante: _____

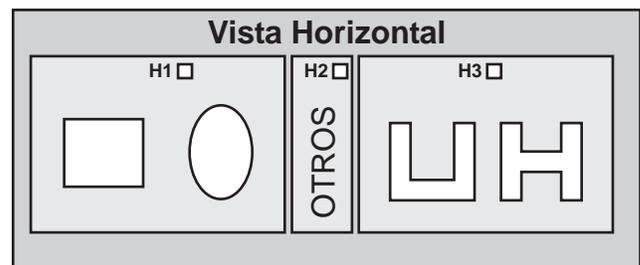
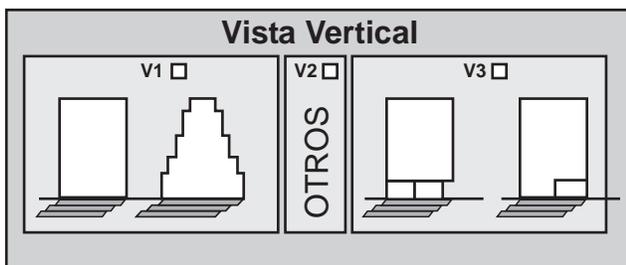
F- TIPO DE CONSTRUCCIÓN:

Estructura de: _____ Techos de: _____ Sobre: _____ Paredes de: _____

Entrepiso de: _____ Pisos de: _____ Cuántos pisos: _____

Materiales frágiles : Si No Mercancía predominante: _____ Clase de edificación: _____

Acabado de fachada: _____ Zona Sísmica: _____



G- PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA INCENDIOS:

Cantidad de Extintores de Incendio: _____

Almacenamiento de agua: _____ Lts.

¿Existen sistemas de detención y alarmas? Si No

Reserva para Incendios _____ Lts.

¿Tiene letreros indicando "Prohibido Fumar"? Si No

¿Existen sistemas hidrantes? Si No

En caso afirmativo ¿Con bomba propia? Si No

Cantidad de mangueras: _____ Diámetro: _____ Pulg: _____

Distancia del cuerpo de Bomberos:

Km: _____ Min: _____

¿Tiene Rociadores? Si No

H- INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

¿Se llevan los libros de Contabilidad de acuerdo con la Ley? Si No

¿Donde se guardan los libros de Contabilidad? _____

Fecha del último inventario: ____ / ____ / ____ Fecha del establecimiento de la firma ____ / ____ / ____

Nombre anterior de la firma, si fuese el caso: _____

Referencias Comerciales

Comercio	Dirección	Teléfono

Referencias Bancarias

Entidad Bancaria	Número (s) Cuenta (s)	Teléfono

Otros seguros vigentes sobre los mismos bienes

Empresa de Seguros	Monto Asegurado	Nº de Póliza	Vigencia

Siniestros Ocurridos

Empresa de Seguros	Causa	Fecha	Monto

Solicitudes Rechazadas

Empresa de Seguros	Motivo	Fecha

Beneficiario Preferencial	Cédula de Identidad o R.I.F.

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.

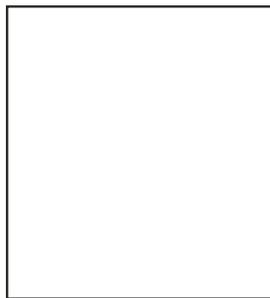
“Yo _____, el Tomador doy fe que el dinero utilizado para el pago de la prima del presente seguro proviene de una fuente lícita y no tiene relación alguna con capitales, bienes, haberes o beneficios derivados de las actividades ilícitas de los delitos de Legitimación de Capitales y Financiamiento al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

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