



SEGUROS, C.A

Rif.: J-00298128-8

Inscrita en la Superintendencia de Seguros bajo el N° 93

SOLICITUD DE SEGURO

POLIZA INCENDIO

<input type="checkbox"/> Póliza Nueva	<input type="checkbox"/> Modificación	Sucursal:
Vigencia desde:		Hasta:

(Este formulario debe estar completado en todas sus partes, en letra de molde)

A. Tomador

Nombres y Apellidos o Razón Social:				C.I./ R.I.F. / Pasaporte N°:	
Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado Civil: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Otro:	Lugar de Nacimiento/Reg. Cía.:	Fecha Nacimiento /Const.:	Número de Registro:	Tomo:
Nombre del registro:		Carácter con el que contrata:	Profesión:	Oficio u Ocupación:	
Actividad Económica: <input type="checkbox"/> Comercial: Ramo: _____ <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Gubernamental		Tipo de Ejercicio: <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Socio		Capacidad Económica o Financiera: Ingresos Mensuales:	
Dirección de Habitación:					Teléfono:
Ciudad:	Zona Postal:	Estado:	Municipio:	E-mail:	
Dirección de Oficina:					Teléfono/Fax:
Ciudad:	Zona Postal:	Estado:	Municipio:	E-mail:	
Dirección de Cobro:					Teléfono/Fax:

B. Representante Legal

Nombres y Apellidos:				C.I./ Pasaporte N°:	
Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado Civil: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Otro:	Lugar de Nacimiento:	Fecha Nacimiento:	Profesión:	Oficio u Ocupación:
Actividad Económica: <input type="checkbox"/> Comercial: Ramo: _____ <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Gubernamental		Tipo de Ejercicio: <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Socio		Capacidad Económica o Financiera: Ingresos Mensuales:	
Dirección de Habitación:					Teléfono:
Dirección de Oficina:					Teléfono/Fax:

C. Propuesto Asegurado (Llenar sólo en caso de ser diferente al Tomador)

Nombres y Apellidos:				C.I./ R.I.F. / Pasaporte N°:	
Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado Civil: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Otro:	Lugar de Nacimiento/Reg. Cía.:	Fecha Nacimiento /Const.:	Número de Registro:	Tomo:
Actividad Económica: <input type="checkbox"/> Comercial: Ramo: _____ <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Gubernamental		Tipo de Ejercicio: <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Socio		Capacidad Económica o Financiera: Ingresos Mensuales:	
Dirección de Habitación:					Teléfono:
Dirección de Oficina:					Teléfono/Fax:

(Este formulario debe estar completado en todas sus partes, en letra de molde)

D. Identificación del Predio Asegurable

Dirección del Riesgo:		
Índole del Negocio o Edificación a Asegurar:		
Nº de Localidades:		
Año Construcción:	Nº de pisos (incluyendo sótanos):	Altura aprox.: _____ m.

	Norte:				
	Colinda con:	<input type="checkbox"/> Inmueble desocupado o abandonado	<input type="checkbox"/> Terreno sin edificar	<input type="checkbox"/> Obra en demolición	<input type="checkbox"/> Río o Quebrada a _____ m
	Sur:				
	Colinda con:	<input type="checkbox"/> Inmueble desocupado o abandonado	<input type="checkbox"/> Terreno sin edificar	<input type="checkbox"/> Obra en demolición	<input type="checkbox"/> Río o Quebrada a _____ m
	Este:				
Colinda con:	<input type="checkbox"/> Inmueble desocupado o abandonado	<input type="checkbox"/> Terreno sin edificar	<input type="checkbox"/> Obra en demolición	<input type="checkbox"/> Río o Quebrada a _____ m	
Oeste:					
Colinda con:	<input type="checkbox"/> Inmueble desocupado o abandonado	<input type="checkbox"/> Terreno sin edificar	<input type="checkbox"/> Obra en demolición	<input type="checkbox"/> Río o Quebrada a _____ m	

E. Información Adicional del Predio Asegurable

¿Existe comunicación con edificios colindantes? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No. En caso afirmativo, ¿qué clase de comunicación?:	
¿Hay otros ocupantes del edificio? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No. En caso afirmativo, indique la índole de actividad de cada ocupante:	
Mercancía Predominante:	
Tipo de Estructura:	<input type="checkbox"/> Concreto armado, hierro revestido de concreto. <input type="checkbox"/> Metálica sin revestimiento <input type="checkbox"/> Madera
Techos:	<input type="checkbox"/> Concreto armado, placas de concreto, platabanda (hasta 10% de materiales no combustibles) <input type="checkbox"/> Láminas de zinc, hierro o asbesto (hasta 10% de materiales plásticos) <input type="checkbox"/> Madera, láminas de aluminio, láminas no combustibles sobre armazón de madera.
Fachadas:	<input type="checkbox"/> Obra limpia (menos del 50% en ventanería) <input type="checkbox"/> Cerámica, loza, mármol. <input type="checkbox"/> Vidrios o ventanas completos, cortinas de vidrio o plástico. <input type="checkbox"/> Elementos pre-fabricados.
Paredes:	<input type="checkbox"/> Ladrillo macizo, piedra, concreto, bloque de arcilla y cemento, huecos y frisados por ambos lados. <input type="checkbox"/> Hierro, asbesto, zinc, bloques de arcilla o cemento huecos y bloques de ventilación <input type="checkbox"/> Madera, bahareque, caña, láminas de aluminio, cartón prensado, madera comprimida.
Otras clases de Edificaciones:	<input type="checkbox"/> Tanques Subterráneos. <input type="checkbox"/> Tanques metálicos. <input type="checkbox"/> Tanques metálicos con más de 4 mts. <input type="checkbox"/> Torres, chimeneas, antenas mayores a 60mts. <input type="checkbox"/> Puentes grúa con capacidad mayor a 100 Ton.

F. Prevención y Protección contra Incendio

Almacenamiento de Agua: _____ lts.	Distancia del Cuerpo de Bomberos: Km.: _____ min.: _____	¿Tiene letreros indicando "Prohibido Fumar"? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Sistemas Básicos de Extinción: <input type="checkbox"/> Alarma <input type="checkbox"/> Detección <input type="checkbox"/> Extinción Portátil		Hidrantes: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Internos <input type="checkbox"/> Externos Bomba propia: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Sistemas Adicionales:	Vigilancia: <input type="checkbox"/> Con Reloj Control <input type="checkbox"/> Sin Reloj Control	Brigada contra Incendio: <input type="checkbox"/> Personal Profesional <input type="checkbox"/> Personal no Profesional
Sistemas Especiales:	<input type="checkbox"/> Halón <input type="checkbox"/> Espuma <input type="checkbox"/> Bióxido de Carbono <input type="checkbox"/> Polvo Químico Seco <input type="checkbox"/> Agua Pulverizada	Rociadores: <input type="checkbox"/> Abiertos <input type="checkbox"/> Automáticos Fuentes de agua: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Una <input type="checkbox"/> Dos

(Este formulario debe estar completado en todas sus partes, en letra de molde)

G. Bienes por Asegurar			
Objeto del Seguro	Valores a Riesgo	% Riesgo relativo	Suma Asegurada
Edificaciones			
Maquinarias y Equipos Industriales			
Instalaciones			
Existencias			
Suministros			
Mejoras o Bienhechurías			
Mobiliario			
Efectos Personales			
Predios			
Otros, especifique:			
Totales			
% Riesgo Absoluto	Suma Asegurada		

H. Coberturas Solicitadas
 (Sólo la Cobertura Básica de esta Póliza es obligatoria. Las coberturas restantes son opcionales.)

<input type="checkbox"/> Cobertura Básica de Incendio	
Coberturas Adicionales	Sumas Aseguradas
<input type="checkbox"/> Motín, Disturbios Laborales y Daños Maliciosos	
<input type="checkbox"/> Terremoto	
<input type="checkbox"/> Extensión de Cobertura (Huracán, Ventarrón o Tempestad, Humo e impacto de Vehículos)	
<input type="checkbox"/> Daños por Agua	
<input type="checkbox"/> Inundación	
<input type="checkbox"/> Deterioro de Bienes Refrigerados o Congelados	
<input type="checkbox"/> Pérdida de Renta	Nº de meses:
<input type="checkbox"/> Pérdidas Indirectas _____ % Partidas Asegurables	
Existencias: _____	Maquinarias y Equipos Industriales: _____
<input type="checkbox"/> Seguro basado en Declaraciones mensuales:	Existencias Fijas: _____ Existencias Fluctuantes: _____
<input type="checkbox"/> Rotura de Vidrios y Anuncios	
Coberturas por Límite de Responsabilidad	Límite Máximo de Responsabilidad
<input type="checkbox"/> Inundación	
<input type="checkbox"/> Daños por Agua	
<input type="checkbox"/> Demolición, Remoción y/o Limpieza de Escombros	
<input type="checkbox"/> Honorarios de Arquitectos, Topógrafos e Ingenieros, a Primera Pérdida (P.P.)	
<input type="checkbox"/> Reconstrucción de Archivos	

I. Cláusulas		
<input type="checkbox"/> Reposición a Nuevo	<input type="checkbox"/> Remoción de sellos y marcas	<input type="checkbox"/> Cobertura fuera de las Edificaciones
<input type="checkbox"/> Otra (Especifique): _____	<input type="checkbox"/> Otra (Especifique): _____	<input type="checkbox"/> Otra (Especifique): _____

J. Información Complementaria		
Referencias Comerciales		
Comercio	Dirección	Teléfono
Referencias Bancarias		
Entidad Bancaria	Número (s) de Cuenta (s)	Teléfono

(Este formulario debe estar completado en todas sus partes, en letra de molde)

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.	

K. Declaración

Yo _____ portador (a) de la C./ R.I.F. / Pasaporte Nro: _____, bajo fe de juramento declaro que el dinero utilizado para el pago de la prima de la póliza cuya suscripción solicito en este acto, proviene de una fuente lícita y, por lo tanto, no tiene relación alguna con dinero, capitales, bienes, haberes, valores, títulos o beneficios derivados de las actividades ilícitas o de los delitos de Legitimación de Capitales previstos en la Ley Orgánica Contra la Delincuencia Organizada y demás leyes de la República sobre la materia.

Juro (amos) la veracidad de los datos aportados en la presente solicitud y autorizo (amos) a Zuma Seguros C.A., a la verificación de los mismos.

Firma del Tomador y/o Propuesto Asegurado

Productor de Seguros	Tomador	Propuesto Asegurado
Código: Firma: Fecha: / /	Cédula de Identidad: Firma: Fecha: / /	Cédula de Identidad: Firma: Fecha: / /