

| | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|-----------|
| <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: | Tomó: |
| 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: | Tomó: |
| 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

(Para cada localidad adicional indicar en la Sección A de una nueva Solicitud la Dirección del Predio y llenar las Secciones D, E y F)

| | | |
|--|-----------------------------------|-------------------------|
| 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? Si No. En caso afirmativo, ¿qué clase de comunicación?:

¿Hay otros ocupantes del edificio? Si 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. |

| | |
|------------------|---|
| Aberturas | <input type="checkbox"/> Puertas Batientes. <input type="checkbox"/> Puertas Arrollables. ¿Cuántas? _____ <input type="checkbox"/> Ventanas. ¿Cuántas? _____ <input type="checkbox"/> Vitrinas de Exhibición. <input type="checkbox"/> Claraboyas, tragaluces. <input type="checkbox"/> Aberturas de Aire Acondicionado. |
|------------------|---|

F. Prevención y Protección contra Robo

¿Se utilizan las protecciones en puertas y vitrinas de exhibición en horas no laborables del mediodía? Si No

En caso afirmativo, indique los puntos protegidos con alarmas: Techo Paredes Exteriores Puertas Exteriores
 Ventanas Vitrinas Pisos Otros, indique:

| | |
|--|---|
| ¿Existe contrato de mantenimiento para los sistemas de alarma? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | ¿Existen cajas registradoras? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No. ¿Cuántas?: |
| ¿Existe Caja Fuerte? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No. ¿Empotrada? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No. | Peso de la Caja Fuerte: _____ Kg. |

Vigilancia:

No posee vigilancia armada.
 Vigilancia armada sin reloj de control; al menos una persona contratada al efecto, durante horas no laborables.
 Vigilancia armada con reloj de control, con un sistema de rondas durante las horas no laborables que recorran cada dos (2) horas un mínimo de cuatro estaciones o puntos de lectura aprobadas por la empresa aseguradora.

Empresa de Vigilancia: _____ Vigencia del Contrato Hasta: _____

G. 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 |

H. Bienes por Asegurar

| Objeto del Seguro | Valores a Riesgo | % Primer Riesgo Relativo (P.R.R.) | Suma Asegurada Incendio y Opcionales | Suma Asegurada Robo / Asalto / Atraco |
|---|------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|
| Edificaciones | | | | |
| Edificaciones incluyendo cimientos | | | | |
| Maquinarias y Equipos Industriales | | | | |
| Instalaciones | | | | |
| Existencias Suministros Mejoras o Bienhechurías Mobiliario | | | | |
| Otras, especifique: | | | | |
| Valores Totales | | | | |
| Primer Riesgo Absoluto (P.R.A.) | | | | |

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

I. Coberturas Solicitadas

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

| Coberturas | Sumas Aseguradas |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cobertura Básica <input checked="" type="checkbox"/> Incendio, rayo, Explosión, Impacto de aeronaves, satélites, cohetes u otros aparatos aéreos o de los objetos desprendidos de los mismos. El agua u otros agentes de extinción utilizados para apagar un incendio, en los predios ocupados por el Asegurado o en predios adyacentes. El humo de un incendio originado en los predios ocupados por el Asegurado o en predios adyacentes. <input checked="" type="checkbox"/> Gastos para: Extinción de Incendios, Demolición, Remoción o Limpieza de Escombros, Honorarios de Arquitectos, Topógrafos e Ingenieros, Reconstrucción de Archivos. <input checked="" type="checkbox"/> Perdidas Indirectas hasta 15% | Según Cuadro de Póliza, en función de las modalidades indicadas en la declaración de los Valores a Riesgo y las Condiciones de la Póliza. |
| Coberturas Opcionales | |
| <input type="checkbox"/> Motín, Disturbios Laborales y Daños Maliciosos | |
| <input type="checkbox"/> Terremoto y/o Temblor de Tierra | |
| <input type="checkbox"/> Daños por Agua. (Indique monto sólo si es a Primera Pérdida) | |
| <input type="checkbox"/> Inundación. (Indique monto sólo si es a Primera Pérdida) | |
| <input type="checkbox"/> Rotura de Vidrios y Anuncios (Primera Pérdida) | |
| <input type="checkbox"/> Deterioro de Bienes Refrigerados o Congelados | |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de Renta | Nº de meses: |
| <input type="checkbox"/> Pérdidas Indirectas, en exceso de 15 % | % |
| <input type="checkbox"/> Robo | |
| <input type="checkbox"/> Asalto o Atraco, como complemento de Robo | |
| <input type="checkbox"/> Daños al Local a primera Pérdida, como complemento de Robo | |
| <input type="checkbox"/> Maquinarias y Equipos Electrónicos | |
| <input type="checkbox"/> Daños Internos de Maquinaria | |
| <input type="checkbox"/> Daños Internos de Equipo Electrónico | |
| <input type="checkbox"/> Fidelidad | Nº de Empleados: Colusión / Año-Póliza: p/emp. |
| <input type="checkbox"/> Dinero en Local en horas laborables (Límite Único Combinado – L.U.C. -) | |
| <input type="checkbox"/> Sub-límite Caja Fuerte (24 horas) | |
| <input type="checkbox"/> Sub-límite Caja Registradora (24 horas) | |
| <input type="checkbox"/> Dinero en Tránsito | |
| <input type="checkbox"/> Falsificación | |
| <input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil Extracontractual | |
| <input type="checkbox"/> Predios y Operaciones | |
| <input type="checkbox"/> Riesgo Locativo | |
| <input type="checkbox"/> Responsabilidad ante vecinos | |

J. Relación Detallada de Bienes bajo Coberturas Especificas

Maquinarias: Anexe relación complementaria de ser necesario.

| Descripción | Marca, Año, Capacidad, Modelo, Serial | Suma Asegurada |
|-------------|---------------------------------------|----------------|
| | | |
| | | |
| | | |

Equipos Electrónicos: Anexe relación complementaria de ser necesario.

| Descripción | Marca, Año, Capacidad, Modelo, Serial | Suma Asegurada |
|-------------|---------------------------------------|----------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

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

K. Información Complementaria

Referencias Comerciales

| Comercio | Dirección | Teléfono |
|----------|-----------|----------|
| | | |
| | | |

Referencias Bancarias

| Entidad Bancaria | Número (s) de 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. |
|---------------------------|------------------------------|
| | |

L. 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: / / |