

<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:

Residencia Principal (Casa)
 Residencia Principal (Apartamento)
 Casas Vacacionales o de Recreo

Año Construcción: _____ N° 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:

Tiempo Máximo de Desocupación de su Residencia:

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

F. Prevención y Protección contra Incendio y Robo

¿Existen sistemas de alarma en el inmueble que contiene los bienes a asegurar? 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? Si No

¿Existe Caja Fuerte? Si No ¿Empotrada? Si 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: _____

Distancia del Cuerpo de Bomberos: _____ Km. _____ min.	Sistemas Básicos de Extinción: <input type="checkbox"/> Alarma <input type="checkbox"/> Detección <input type="checkbox"/> Extinción Portátil
---	---

G. Bienes por Asegurar

Objeto del Seguro	Valor a Riesgo	% Primer Riesgo	Suma Asegurada
Edificaciones, incluyendo cimientos, muros de contención e instalaciones subterráneas			
Mejoras o Bienhechurías			
Efectos Personales			
✓ Grupo I (Cocina / Áreas de Servicio)			
✓ Grupo II (Sala)			
✓ Grupo III (Comedor)			
✓ Grupo IV (Habitación Principal)			
✓ Grupo V (Otras Habitaciones)			
✓ Grupo VI (Audio / Video / Sonido / Computación)			
Objetos Valiosos, según relación anexa			
Totales			

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

Coberturas	Sumas Aseguradas
<input type="checkbox"/> Cobertura Básica ✓ 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. ✓ Gastos para: Extinción de Incendios, Demolición, Remoción o Limpieza de Escombros, Honorarios de Arquitectos, Topógrafos e Ingenieros. ✓ Gastos Extraordinarios para: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Minimizar pérdidas o preservar la propiedad ▪ Alojamiento Temporal ▪ Reposición de Cerraduras ✓ Robo, Asalto o Atraco ✓ Daños a la Edificación ✓ Hurto ✓ Daños por Agua ✓ Perdidas en Viajes ✓ Asistencia Domiciliaria ✓ Gastos de Entierro	Según modalidades indicadas en la declaración de los Valores a Riesgo y las Condiciones de Póliza
<input type="checkbox"/> Coberturas Opcionales <input type="checkbox"/> Motín y Daños Maliciosos <input type="checkbox"/> Terremoto 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 Espejos <input type="checkbox"/> Maquinarias y Equipos Electrónicos <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Daños Internos de Maquinarias <input type="checkbox"/> Daños Internos de Equipos Electrónicos <input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Riesgo Locativo <input type="checkbox"/> Responsabilidad ante Vecinos <input type="checkbox"/> Accidentes Personales <ul style="list-style-type: none"> ✓ Muerte / Invalidez Permanente ✓ Gastos Médicos 	

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

I. Relación Detallada de Bienes bajo Coberturas Específicas

Objetos Valiosos o de Arte con Valor Unitario superior a 10 U.T.: Anexe relación y comprobantes de adquisición o avalúo.

Descripción	Suma Asegurada

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

J. Accidentes Personales

Personas Asegurables	Parentesco o Relación	Edad	Cédula de Identidad	Ocupación	¿Zurdo?
	Titular				

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

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

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: / /