

<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

Bien o Valores Asegurados: <input type="checkbox"/> Daños a Bienes y/o Personas <input checked="" type="checkbox"/> Daños a Bienes y/o Personas (L.U.C.)	Descripción del Riesgo:
---	-------------------------

Dirección del Riesgo:

Ciudad:	Estado:	Zona Postal:	Teléfono/Fax:
---------	---------	--------------	---------------

Índole de Actividad:

Nº de Localidades:

Año Construcción:	Nº de pisos (incluyendo sótanos):	Altura aprox.: m.
-------------------	-----------------------------------	-------------------

LINDEROS

Norte:

Sur:

Este:

Oeste:

Tipo: Industrial No Industrial Depósito y Almacenaje

E. Coberturas Solicitadas

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

<input checked="" type="checkbox"/> Básica Predios y Operaciones <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Límite Único Combinado <input type="text"/>
---	--

Coberturas	Suma Asegurada	Coberturas	Suma Asegurada
<input type="checkbox"/> Vehículos en Predios Privados		<input type="checkbox"/> Cruzada	
<input type="checkbox"/> Defensa Legal		<input type="checkbox"/> Cargas y Descargas	
<input type="checkbox"/> Del Patrono		<input type="checkbox"/> Riesgo Locativo	
<input type="checkbox"/> Contratistas Independientes		<input type="checkbox"/> Vigilantes Privadas	
<input type="checkbox"/> Daños por Agua		<input type="checkbox"/> Riesgo de Vecino	
<input type="checkbox"/> Vehículos Ajenos y/o Alquilados		<input type="checkbox"/> Incendios y Explosiones	
<input type="checkbox"/> Ascensores y Montacargas		<input type="checkbox"/> Contaminación Ambiental	
<input type="checkbox"/> Vallas y Avisos Luminosos		<input type="checkbox"/> Transportista	
<input type="checkbox"/> Garajistas		<input type="checkbox"/> Otra	
<input type="checkbox"/> Suministro y Consumo de Alimentos			
<input type="checkbox"/> Protectora para Propietarios o Contratistas			

F. Solo para Uso de la Compañía de Seguros

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

G. 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.

H. 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:	Cédula de Identidad:	Cédula de Identidad:
Firma:	Firma:	Firma:
Fecha: / /	Fecha: / /	Fecha: / /