



COMPAÑÍA ANÓNIMA, INSCRITA EN LA SUPERINTENDENCIA DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA - MINISTERIO DEL PODER POPULAR DE PLANIFICACIÓN Y FINANZAS BAJO EL N° 44 MIEMBRO DE LA CÁMARA DE ASEGURADORES DE VENEZUELA R.I.F. J-07001737-6 - AV. LAS PILAS, EDP. SEGUROS LOS ANDES, URB. SANTA INES, SAN CRISTOBAL, TACHIRA, INSCRITA EN EL REGISTRO MERCANTIL QUE LLEVABA EL JUZGADO DE PRIMERA INSTANCIA CIVIL Y MERCANTIL DEL ESTADO TACHIRA, BAJO EL N° 18 DE FECHA 06 DE FEBRERO DE 1956.
REPRESENTANTE: DRA. MARÍA ISABEL DELFIN, MIEMBRO DE LA JUNTA INTERVENTORA DE SEGUROS LOS ANDES, SEGUN PROVIDENCIA N° FSAA-002990, DE FECHA 15 DE SEPTIEMBRE DEL AÑO 2011, PUBLICADA EN GACETA OFICIAL DE LA REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA N° 39.768, DE FECHA 29 DE SEPTIEMBRE DEL 2011.

SOLICITUD DE PÓLIZA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL

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

PERSONA JURÍDICA:

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

PERSONA JURÍDICA:

Nombre o 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			

Dirección de la obra a ejecutar: _____

Ciudad _____ Estado _____

Contratista de la obra _____

Duración de la obra: Del _____ Al _____

Tipo de obra _____

	Norte	
Oeste		Este
	Sur	

Coberturas a contratar	Distribución de Valores Asegurados
1. _____	1. Daños a cosas, hasta Bs. _____
2. _____	2. Daños a personas, hasta Bs. _____
3. _____	3. Daño a una persona, hasta Bs. _____
4. _____	4. Límite año póliza, hasta Bs. _____
5. _____	5. Otros _____

OBSERVACIONES:

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 pudiese 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 fé 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 previstos en la
 Ley Orgánica Contra la Delincuencia Organizada.”

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