



SEGUROS LOS ANDES

COMPANÍA 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, EDF. SEGUROS LOS ANDES, URB. SANTA INÉS, SAN CRISTÓBAL, TACHIRA. INSCRITA EN EL REGISTRO MERCANTIL QUE LLEVABA EL JUZGADO DE PRIMERA INSTANCIA CIVIL Y MERCANTIL DEL ESTADO TACHIRA, BAJO EL N° 16 DE FECHA 06 DE FEBRERO DE 1.986.
REPRESENTANTE: DRA. MARÍA ISABEL DELFIN, MIEMBRO DE LA JUNTA INTERVENTORA DE SEGUROS LOS ANDES, SEGÚN PROVIDENCIA N° FSA-002990, DE FECHA 15 DE SEPTIEMBRE DEL AÑO 2011, PUBLICADA EN GACETA OFICIAL DE LA REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA N° 39.768, DE FECHA 29 DE SEPTIEMBRE DEL 2011.

SOLICITUD DE PÓLIZA DE SEGURO DE INCENDIO

Fecha de Solicitud: / /	Nº Póliza	Vigencia	Desde 12M.	D	M	A	Hasta 12M.	D	M	A
-------------------------	-----------	----------	------------	---	---	---	------------	---	---	---

DATOS DEL TOMADOR

PERSONA NATURAL

1er Apellido	2do Apellido o de Casada	1er Nombre	2do Nombre
C.I. Nº / Pasaporte	Lugar y Fecha de Nacimiento / /	Edad	Estado Civil
Profesión u Oficio	Ejercicio Indep. <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/>		Sexo M <input type="checkbox"/> F <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"/> Más de 60.000	
Zona Postal	E-mail		
Página Web			

PERSONA JURÍDICA

Nombre ó Razón Social (Indique las siglas si las tiene)			Fecha de Constitución / /	
Registro Mercantil _____ Tomo _____ Nº _____			Nº R.I.F. / R.F.P.	
Objeto, Actividad Profesional, Comercial o Industrial.			Productos y Servicios que ofrece	
Representante Legal: Nombres		Apellidos	C.I. Nº / 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 del Riesgo (Interés Asegurable) _____

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

PERSONA JURÍDICA

Nombre ó 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							

B- BIENES POR ASEGURAR

	Primer Riesgo Relativo (P.R.R.)		
	Básicas y Opcionales	Terremoto	Valores a Riesgo
Edificaciones	_____ %	_____ %	_____
Maquinarias y Equipos Industriales Instalaciones	_____ %	_____ %	_____

Primer Riesgo Relativo (P.R.R.)			
	Básicas y Opcionales	Terremoto	Valores a Riesgo
Existencias Suministros Mejoras o Bienhechurías Mobiliario Equipos Electrónicos	_____ %	_____ %	_____
Otros, Especifique	_____ %	_____ %	_____
Primer Riesgo Absoluto (P.R.A):	_____ %	_____ %	_____

C- COBERTURAS SOLICITADAS:

Soló la Cobertura Básica de esta Póliza es obligatoria. Las coberturas restantes son opcionales.

Coberturas	Sumas Aseguradas
Cobertura Básica Incendio Rayo Explosión Impacto de Aeronaves, Satélite, Cohetes u otros aparatos Aéreos o de los objetos desprendidos de éstos Agua u otros agentes de extinción utilizados para apagar un incendio en los predios ocupados por el Asegurado o en predios adyacentes. Humo de un incendio originado en los predios ocupados por el Asegurado o en predios adyacentes.	Según cuadro de Póliza, en función de las modalidades indicadas en la declaración de los valores a riesgo y las condiciones de Póliza.
Coberturas Adicionales	
<input type="checkbox"/> Extensión de Cobertura	
<input type="checkbox"/> Motín, disturbios laborales y daños maliciosos	
<input type="checkbox"/> Terremoto	
<input type="checkbox"/> Daños por agua. Indique monto sólo si es a primera pérdida (P.P)	
<input type="checkbox"/> Inundación. Indique monto sólo si es a primera pérdida (P.P)	
<input type="checkbox"/> Demolición remoción o limpieza de escombros, a primera pérdida (P.P)	
<input type="checkbox"/> Reconstrucción de archivos, a primera pérdida (P.P)	
<input type="checkbox"/> Honorarios de Arquitectos, Topógrafos e ingenieros, a primera pérdida (P.P)	
<input type="checkbox"/> Rotura de vidrios y anuncios	
<input type="checkbox"/> Deterioro de bienes refrigerados o congelados	
<input type="checkbox"/> Pérdida de Renta N° de Meses _____	
<input type="checkbox"/> Pérdidas Indirectas %	

D- CLÁUSULAS

<input type="checkbox"/> Reposición a nuevo	<input type="checkbox"/> Cobertura fuera de las Edificaciones
<input type="checkbox"/> Cuidado, Control y Custodia	<input type="checkbox"/> Productos Elaborados
<input type="checkbox"/> Otra (Especifique):	
<input type="checkbox"/> Otra (Especifique):	

E- IDENTIFICACIÓN DEL PREDIO ASEGURABLE

Nº de localidades _____ (Para cada localidad adicional indicar en la sección A de una nueva solicitud la dirección del predio y llenar las secciones E y G correspondientes)

Año de construcción: _____ Nº de pisos (Incluyendo sótanos): _____ Altura Aprox: _____ m.

Actividades en Inmuebles Colindantes:

Norte:	A M.	<input type="checkbox"/>	Residencia	<input type="checkbox"/>	Comercio	<input type="checkbox"/>	Industria
Sur:	A M.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
Este:	A M.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
Oeste:	A M.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			

El Predio Colinda con: ☐ Inmueble desocupado o abandonado ☐ Terreno sin edificar

Obra en demolición Río o quebrada a _____ m Existe comunicación con edificios

Colindantes? Si ☐ No ☐ En caso afirmativo. ¿Que clase de comunicación? _____

¿Hay otros ocupantes del edificio? Si ☐ No ☐ En caso afirmativo, indique la índole de actividad de cada ocupante: _____

F- TIPO DE CONSTRUCCIÓN:

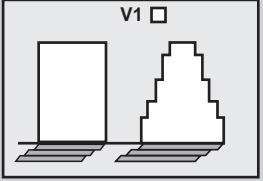
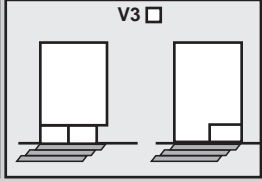
Estructura de: _____ Techos de: _____ Sobre: _____ Paredes de: _____

Entrepiso de: _____ Pisos de: _____ Cuántos pisos: _____

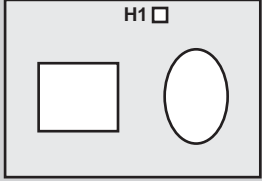
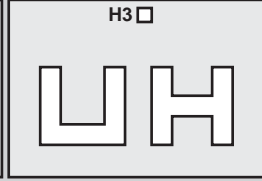
Materiales frágiles : ☐ Si ☐ No Mercancía predominante: _____ Clase de edificación: _____

Acabado de fachada: _____ Zona Sísmica: _____

Vista Vertical

V1 <input type="checkbox"/>	V2 <input type="checkbox"/>	V3 <input type="checkbox"/>
	OTROS	

Vista Horizontal

H1 <input type="checkbox"/>	H2 <input type="checkbox"/>	H3 <input type="checkbox"/>
	OTROS	

G- PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA INCENDIOS:

Cantidad de Extintores de Incendio: _____

Almacenamiento de agua: _____ Lts.

¿Existen sistemas de detención y alarmas? Si ☐ No ☐

Reserva para Incendios _____ Lts.

¿Tiene letreros indicando "Prohibido Fumar"? Si ☐ No ☐

¿Existen sistemas hidrantes? Si ☐ No ☐

En caso afirmativo ¿Con bomba propia? Si ☐ No ☐

Cantidad de mangueras: _____ Diámetro: _____ Pulg: _____

Distancia del cuerpo de Bomberos:

Km: _____ Min: _____

¿Tiene Rociadores? Si ☐ No ☐

H- INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

¿Se llevan los libros de Contabilidad de acuerdo con la Ley? ☐ Si ☐ No

¿Donde se guardan los libros de Contabilidad? _____

Fecha del último inventario: ____ / ____ / ____ Fecha del establecimiento de la firma ____ / ____ / ____

Nombre anterior de la firma, si fuese el caso: _____

Referencias Comerciales

Comercio	Dirección	Teléfono

Referencias Bancarias

Entidad Bancaria	Número (s) 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.

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 pudiere 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.”

<div>Ciudad y Fecha</div>	<div></div>	<div></div>	<div>Firma del Tomador</div>
<div>Firma del Asegurado Titular</div>	<div>Huella Dactilar Pulgar Derecho Del Asegurado</div>	<div>Huella Dactilar Pulgar Derecho Del Tomador</div>	<div>Firma del Intermediario</div>
			<div>Código</div>