



Compañía Anónima, inscrita en la Superintendencia de la Actividad Aseguradora - Ministerio del Poder Popular para la Economía, Finanzas y Banca Pública Bajo el N° 44. Miembro de la Cámara de Aseguradores de Venezuela R.I.F. J-07001737-6 Av. Las Pilas, Urb. Santa Inés Edificio Seguros Los Andes, San Cristóbal, Táchira. Inscrita en el Registro de Comercio que llevaba el Juzgado de Primera Instancia Civil y Mercantil del Estado Táchira, Bajo el N° 16 de Fecha 06 de Febrero de 1.956.
Lic. Luz Mary Chacón Avendaño Vicepresidente Ejecutivo de Seguros Los Andes C. A. Representante Legal de la Empresa, según Poder Autenticado ante la Notaría Pública Octava del Municipio Autónomo de Chacao del Distrito Metropolitano de Caracas, de fecha 13 de Junio de 2016, inserto bajo el N° 11, Tomo 229.

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 fe 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 y Financiamiento al Terrorismo
previstos en la Ley Orgánica Contra la Delincuencia Organizada y Financiamiento al Terrorismo .”

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