

SOLICITUD DE SEGURO DE ANIMALES FINOS

N°. DE PÓLIZA:

FECHA:

Av. Francisco de Miranda, Torre La Primera, pisos 3, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 14, PH
Chacao, Estado Miranda . RIF G-20008701-3
Inscrita en la Superintendencia de la Actividad Aseguradora bajo el N°. 48
Capital Suscrito y Pagado: Bs. 591.095.765,37
Miembro de la "Cámara de Aseguradores de Venezuela"

La presente Solicitud de Seguro debe ser leída y llenada a máquina o letra de molde, en todos sus puntos, sin enmiendas y en tinta no esfumable de un mismo color (azul o negra) en forma legible y debe ser firmada por el futuro Tomador y su Intermediario de Seguros, si lo hubiere.

DATOS DEL TOMADOR DE LA PÓLIZA

APELLIDOS Y NOMBRES O DENOMINACIÓN JURÍDICA:					CÉDULA DE IDENTIDAD, R.I.F. O N° DE PASAPORTE:		
DATOS DEL REGISTRO (SI ES PERSONA JURÍDICA):							
REGISTRO:		CIUDAD:		TOMO:		FECHA:	NÚMERO:
DIRECCIÓN DE HABITACIÓN:						TELÉFONO (INDIQUE CÓDIGO DE ÁREA):	
DIRECCIÓN DE TRABAJO O COBRO:							
CIUDAD:		ZONA POSTAL:		ESTADO:		TELÉFONO (INDIQUE CÓDIGO DE ÁREA):	NÚMERO DE FAX:
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:					INDIQUE CARÁCTER CON EL QUE CONTRATA:		
					<input type="checkbox"/> CUENTA PROPIA <input type="checkbox"/> CUENTA AJENA		
ACTIVIDAD QUE REALIZA:					INGRESO MENSUAL:		

DATOS DEL PROPUESTO ASEGURADO

APELLIDOS Y NOMBRES O DENOMINACIÓN JURÍDICA:					CÉDULA DE IDENTIDAD O R.I.F.:		
DIRECCIÓN DE HABITACIÓN:							
CIUDAD:		ZONA POSTAL:		ESTADO:		TELÉFONO (INDIQUE CÓDIGO DE ÁREA):	NÚMERO DE FAX:
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:						PROFESIÓN / OCUPACIÓN:	

DATOS DEL (LOS) ANIMAL (ES)

UBICACIÓN:							
				CIUDAD:		ZONA POSTAL:	ESTADO:
CÓD.	NOMBRE	RAZA	SEXO	COLOR	FECHA / AÑO DE NAC.	SUMA ASEGURADA	
01							
02							
03							
04							
05							
¿ESTÁ ALGUNA DE LAS HEMBRAS EMBARAZADA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				¿EN CASO AFIRMATIVO INDIQUE TIEMPO?		¿HA TENIDO ABORTOS? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
APELLIDOS Y NOMBRES DEL VETERINARIO:						TELÉFONO (INDIQUE CÓDIGO DE ÁREA):	
¿SON TRASLADOS A NIVEL NACIONAL? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		¿SON TRASLADOS FUERA DEL PAÍS? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		TIPO DE ALIMENTACIÓN:		TIPO DE ASISTENCIA VETERINARIA:	
¿EXISTE ARRENDAMIENTO O HIPOTECAS SOBRE ALGUNO DE LOS ANIMALES? EN CASO AFIRMATIVO INDIQUE DETALLES:							

PROCEDENCIA DE LOS ANIMALES:				¿PASARON CUARENTENA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
APELLIDOS Y NOMBRES DE LA PERSONA QUE LOS CUIDA:				TELÉFONO (INDIQUE CÓDIGO DE ÁREA):	
DECLARACIÓN DE SALUD DEL (LOS) ANIMAL (ES)					
CÓD.	CONTROL SANITARIO	VACUNAS APLICADAS	CONTROL DE EPIDEMIAS	¿GOZA DE BUENA SALUD?	
				SI	NO
01				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COBERTURA SOLICITADA					
DESCRIPCIÓN			SUMA ASEGURADA TOTAL		
<input type="checkbox"/> BÁSICAS					
<input type="checkbox"/> OTRA, INDIQUE:					
OTROS SEGUROS					
MANTIENE UD. ALGÚN OTRO SEGURO DE ANIMALES FINOS VIGENTE CON ÉSTA U OTRA EMPRESA DE SEGUROS? EN CASO AFIRMATIVO INDIQUE N° DE PÓLIZA, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y SUMA ASEGURADA:					
ALGUNA COMPAÑÍA DE SEGUROS LE HA CANCELADO O DENEGADO LA RENOVACIÓN DEL SEGURO DE ANIMALES FINOS? EN CASO AFIRMATIVO SUMINISTRE DETALLES COMPLETOS:					
¿HA REALIZADO USTED ALGUNA RECLAMACIÓN CONTRA OTRA EMPRESA DE SEGUROS? EN CASO AFIRMATIVO INDIQUE FECHAS, MONTOS Y EMPRESA:					
Yo, el Propuesto Asegurado, declaro:					
a. Que he leído y entendido cabalmente cada una de las partes de esta Solicitud que la información que suministro es verdadera, amplia, completa y exacta, dependiendo de ella la validez del Seguro.					
b. Que acepto, que la responsabilidad del Asegurador, comienza una vez celebrado el contrato de seguros.					
c. Que no he omitido o simulado, ningún hecho o circunstancia en las respuestas que pueda modificar la opinión del Asegurador, sobre el riesgo a correr por el seguro solicitado.					
d. Que conozco que en caso de declaraciones falsas u omisiones podrá cesar la responsabilidad del Asegurador y el contrato será objeto de nulidad absoluta.					
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 O DE LOS DELITOS DE LEGITIMACIÓN DE CAPITALES PREVISTOS EN LA "LEY ORGANICA CONTRA LA DELINCUENCIA ORGANIZADA".					
Aprobado por la Superintendencia de Seguros, ahora Superintendencia de la Actividad Aseguradora, mediante oficio N° 7199 de fecha 21 de Agosto de 2006					
_____ FIRMA DEL TOMADOR			_____ FIRMA DEL INTERMEDIARIO DE SEGUROS		
APELLIDOS Y NOMBRES DEL INTERMEDIARIO DE SEGUROS:				CÓDIGO DEL INTERMEDIARIO:	