

SOLICITUD DE SEGURO DE EQUIPO DE CONTRATISTA

Nº. 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 con 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:				C.I., R.I.F. O N DE PASAPORTE:	
DATOS DEL REGISTRO (SI ES PERSONA JURÍDICA):					
REGISTRO:		CIUDAD:		TOMO:	
FECHA:		NÚMERO:			
DIRECCIÓN DE HABITACIÓN:				TELÉFONO:	
				Cód. Área: N	
DIRECCIÓN DE TRABAJO O COBRO:				DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:	
ZONA POSTAL:		ESTADO:		CIUDAD:	
TELÉFONO:		TELÉFONO (Otro donde Ubicarlo):			
Cód. Área: N		Cód. Área: N			
ACTIVIDAD ECONÓMICA, COMERCIAL O PROFESIONAL, OFICIO U OCUPACIÓN:			INGRESO MENSUAL:		INDIQUE CARÁCTER CON EL QUE CONTRATA:
			<input type="checkbox"/> CUENTA PROPIA		<input type="checkbox"/> CUENTA AJENA

DATOS DEL PROPUESTO ASEGURADO

APELLIDOS Y NOMBRES O DENOMINACIÓN JURÍDICA:				C.I., R.I.F. O N DE PASAPORTE:	
DIRECCIÓN DE HABITACIÓN:				TELÉFONO:	
				Cód. Área: N	
ZONA POSTAL:		CIUDAD:		ESTADO:	
TELÉFONO:		TELÉFONO (Otro donde Ubicarlo):			
Cód. Área: N		Cód. Área: N			
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:			ACTIVIDAD ECONÓMICA, COMERCIAL O PROFESIONAL, OFICIO U OCUPACIÓN:		

INFORMACIÓN GENERAL

TÍTULO DEL CONTRATO (SI EL PROYECTO CONSISTE EN VARIAS SECCIONES ESPECIFICAR LAS MISMAS):					
DIRECCIÓN DE LA OBRA:					
CIUDAD:		ZONA POSTAL:		ESTADO:	
TELÉFONO (INDIQUE CÓDIGO DE ÁREA):		NÚMERO DE FAX:			
RAZON SOCIAL O APELLIDOS Y NOMBRES DEL PROPIETARIO:					CÉDULA DE IDENTIDAD O R.I.F.:
DIRECCIÓN:					
CIUDAD:		ZONA POSTAL:		ESTADO:	
TELÉFONO (INDIQUE CÓDIGO DE ÁREA):		NÚMERO DE FAX:			
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA Y/O SUB-CONTRATISTA:					R.I.F.:
DIRECCIÓN:					
CIUDAD:		ZONA POSTAL:		ESTADO:	
TELÉFONO (INDIQUE CÓDIGO DE ÁREA):		NÚMERO DE FAX:			
RAZON SOCIAL DEL CONTRATISTA Y/O SUB-CONTRATISTA:					R.I.F.:
DIRECCIÓN:					
CIUDAD:		ZONA POSTAL:		ESTADO:	
TELÉFONO (INDIQUE CÓDIGO DE ÁREA):		NÚMERO DE FAX:			
APELLIDOS Y NOMBRES DEL PROYECTISTA O INGENIERO:					CÉDULA DE IDENTIDAD O CÓD.:
DIRECCIÓN:					
CIUDAD:		ZONA POSTAL:		ESTADO:	
TELÉFONO (INDIQUE CÓDIGO DE ÁREA):		NÚMERO DE FAX:			
APELLIDOS Y NOMBRES DEL PROYECTISTA O INGENIERO:					CÉDULA DE IDENTIDAD O CÓD.:
DIRECCIÓN:					
CIUDAD:		ZONA POSTAL:		ESTADO:	
TELÉFONO (INDIQUE CÓDIGO DE ÁREA):		NÚMERO DE FAX:			

BENEFICIARIO(S) PREFERENCIAL(ES)

APELLIDOS Y NOMBRES O DENOMINACIÓN JURÍDICA	CÉDULA DE IDENTIDAD O R.I.F.	FECHA DE NACIM. O CONSTITUCIÓN	% PARTICIPACIÓN

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

¿HA TENIDO UD. ALGÚN SINIESTRO EN LOS ÚLTIMOS TRES (3) AÑOS?. EN CASO AFIRMATIVO SUMINISTRE DETALLES:

¿ALGUNA EMPRESA DE SEGUROS HA RECHAZADO UNA PROPOSICIÓN DE SEGURO PARA EQUIPO DE CONTRATISTA HECHA POR UD.? EN CASO AFIRMATIVO SUMINISTRE DETALLES:

¿ALGUNA EMPRESA DE SEGUROS LE HA CANCELADO O DENEGADO LA RENOVACIÓN DEL SEGURO PARA EQUIPO DE CONTRATISTA ? EN CASO AFIRMATIVO SUMINISTRE DETALLES:

OTROS SEGUROS

QUE OTRO TIPO DE SEGURO TIENE O HA SOLICITADO:

ASEGURADOR: _____ MONTO Bs. _____ TIPO DE SEGURO: _____ FECHA: _____
 ASEGURADOR: _____ MONTO Bs. _____ TIPO DE SEGURO: _____ FECHA: _____

Yo, el Propuesto Asegurado, declaro:

- 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.
- Que acepto, que la responsabilidad del Asegurador, comienza una vez celebrado el contrato de seguros.
- 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.
- 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 PROPUESTO
ASEGURADO

FIRMA DEL TOMADOR

FIRMA DEL INTERMEDIARIO DE
SEGUROS

APELLIDOS Y NOMBRES DEL INTERMEDIARIO DE SEGUROS:

CÓDIGO DEL INTERMEDIARIO:

OBSERVACIONES: