

# SOLICITUD DE SEGURO DE INCENDIO

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.: G200087013  
Inscrita en la Superintendencia de la Actividad Aseguradora bajo el N° 48  
Capital Suscrito y Pagado: 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, Asegurado y su Intermediario de Seguros, si lo hubiere.

DATOS DEL TOMADOR DE LA PÓLIZA			
APELLIDOS Y NOMBRES O RAZÓN SOCIAL:		CÉDULA DE IDENTIDAD, R.I.F. O N DE PASAPORTE:	
SI ES PERSONA NATURAL:			
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:		EDAD:	SEXO: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
ESTADO CIVIL: S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	NACIONALIDAD: VENEZOLANA <input type="checkbox"/> EXTRANJERA <input type="checkbox"/>	EN CASO DE SER EXTRANJERO INDIQUE SU PAÍS DE ORIGEN:	
OCUPACIÓN U OFICIO :		ACTIVIDAD ECONÓMICA: COMERCIAL <input type="checkbox"/> PROFESIONAL <input type="checkbox"/>	
EMPLEADO <input type="checkbox"/> SOCIO <input type="checkbox"/> INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/>	INGRESO MENSUAL:	INGRESO ANUAL:	
SI ES COMERCIAL, INDIQUE EL RAMO EN QUE SE DESENVUELVE:			
DIRECCIÓN HABITACIÓN:			
CIUDAD:	ESTADO:	MUNICIPIO:	ZONA POSTAL:
TELEFONOS:	FAX:	CORREO ELECTRÓNICO:	
DIRECCIÓN DE TRABAJO:			
CIUDAD:	ESTADO:	MUNICIPIO:	ZONA POSTAL:
TELEFONOS:	FAX:	CORREO ELECTRÓNICO:	
CARÁCTER BAJO EL CUAL CONTRATA LA PÓLIZA: CUENTA PROPIA <input type="checkbox"/> CUENTA AJENA <input type="checkbox"/>			
SI ES PERSONA JURÍDICA:			
NOMBRE COMERCIAL:			
SIGLAS/ NOMBRE COMERCIAL:		N DE REGISTRO DE LA COMPAÑÍA:	
FECHA DE CONSTITUCIÓN:		TOMO N :	
OCUPACIÓN O ACTIVIDAD ECONOMICA: COMERCIAL <input type="checkbox"/> PROFESIONAL <input type="checkbox"/> INDUSTRIAL <input type="checkbox"/>		SI ES COMERCIAL, INDIQUE EL RAMO EN QUE SE DESENVUELVE:	
PRODUCTO QUE OFRECE:		INGRESO MENSUAL:	INGRESO ANUAL:
DIRECCIÓN DE COBRO:			
CIUDAD:	ZONA POSTAL:	ESTADO:	
MUNICIPIO:	TELEFONOS:	FAX:	
CORREO ELECTRÓNICO:		CARÁCTER BAJO EL CUAL CONTRATA LA PÓLIZA:	
SI ES PERSONA JURÍDICA, DATOS DE LA PERSONA CONTACTO CON SEGUROS HORIZONTE, S.A. :			
APELLIDOS Y NOMBRES:		CÉDULA DE IDENTIDAD O N DE PASAPORTE:	
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:		EDAD:	SEXO: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
ESTADO CIVIL: S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	NACIONALIDAD: VENEZOLANA <input type="checkbox"/> EXTRANJERA <input type="checkbox"/>	EN CASO DE SER EXTRANJERO INDIQUE SU PAÍS DE ORIGEN:	
OCUPACIÓN U OFICIO :		EMPLEADO <input type="checkbox"/>	SOCIO <input type="checkbox"/> INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/>
ACTIVIDAD ECONÓMICA: COMERCIAL <input type="checkbox"/> PROFESIONAL <input type="checkbox"/>		SI ES COMERCIAL, INDIQUE EL RAMO EN QUE SE DESENVUELVE:	
INGRESO MENSUAL:		INGRESO ANUAL:	
DIRECCIÓN DE TRABAJO:		TELEFONOS:	
DIRECCIÓN DE HABITACIÓN:		TELEFONOS:	
CUIDAD:	CORREO ELECTRONICO:	FAX:	
ESTADO:	MUNICIPIO	ZONA POSTAL:	

DATOS DEL PROPUESTO ASEGURADO			
APELLIDOS Y NOMBRES O RAZÓN SOCIAL:		CÉDULA DE IDENTIDAD, R.I.F. O N° DE PASAPORTE:	
SI ES PERSONA NATURAL:			
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:		EDAD:	SEXO: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
ESTADO CIVIL: S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	NACIONALIDAD: VENEZOLANA <input type="checkbox"/> EXTRANJERA <input type="checkbox"/>	EN CASO DE SER EXTRANJERO INDIQUE SU PAÍS DE ORIGEN:	
OCUPACIÓN U OFICIO :		ACTIVIDAD ECONÓMICA: COMERCIAL <input type="checkbox"/> PROFESIONAL <input type="checkbox"/>	
EMPLEADO <input type="checkbox"/> SOCIO <input type="checkbox"/> INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/>	INGRESO MENSUAL:	INGRESO ANUAL:	
SI ES COMERCIAL, INDIQUE EL RAMO EN QUE SE DESENVUELVE:			
DIRECCIÓN HABITACIÓN:			
CIUDAD:	ESTADO:	MUNICIPIO:	ZONA POSTAL:
TELEFONOS:	FAX:	CORREO ELECTRÓNICO:	
DIRECCIÓN DE TRABAJO:			
CIUDAD:	ESTADO:	MUNICIPIO:	ZONA POSTAL:
TELEFONOS:	FAX:	CORREO ELECTRÓNICO:	
CARÁCTER BAJO EL CUAL CONTRATA LA PÓLIZA: CUENTA PROPIA <input type="checkbox"/> CUENTA AJENA <input type="checkbox"/>			
SI ES PERSONA JURÍDICA:			
NOMBRE COMERCIAL:			
SIGLAS/ NOMBRE COMERCIAL:		N° DE REGISTRO DE LA COMPAÑIA:	
FECHA DE CONSTITUCIÓN:		TOMO N°:	
OCUPACIÓN O ACTIVIDAD ECONOMICA: COMERCIAL <input type="checkbox"/> PROFESIONAL <input type="checkbox"/> INDUSTRIAL <input type="checkbox"/>		SI ES COMERCIAL, INDIQUE EL RAMO EN QUE SE DESENVUELVE:	
PRODUCTO QUE OFRECE:		INGRESO MENSUAL:	INGRESO ANUAL:
DIRECCIÓN DE COBRO:			
CIUDAD:	ZONA POSTAL:	ESTADO:	
MUNICIPIO:	TELEFONOS:	FAX:	
CORREO ELECTRÓNICO:		CARÁCTER BAJO EL CUAL CONTRATA LA PÓLIZA:	
SI ES PERSONA JURÍDICA, DATOS DE LA PERSONA CONTACTO CON SEGUROS HORIZONTE, S.A. :			
APELLIDOS Y NOMBRES:		CÉDULA DE IDENTIDAD O N° DE PASAPORTE:	
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:		EDAD:	SEXO: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
ESTADO CIVIL: S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	NACIONALIDAD: VENEZOLANA <input type="checkbox"/> EXTRANJERA <input type="checkbox"/>	EN CASO DE SER EXTRANJERO INDIQUE SU PAÍS DE ORIGEN:	
OCUPACIÓN U OFICIO :		EMPLEADO <input type="checkbox"/> SOCIO <input type="checkbox"/> INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/>	
ACTIVIDAD ECONÓMICA: COMERCIAL <input type="checkbox"/> PROFESIONAL <input type="checkbox"/>		SI ES COMERCIAL, INDIQUE EL RAMO EN QUE SE DESENVUELVE:	
INGRESO MENSUAL:		INGRESO ANUAL:	
DIRECCIÓN DE TRABAJO:			TELEFONOS:
DIRECCIÓN DE HABITACIÓN:			TELEFONOS:
CUIDAD:	CORREO ELECTRONICO:		FAX:
ESTADO:	MUNICIPIO		ZONA POSTAL:
DATOS DEL RIESGO			
ÍNDOLE DEL RIESGO:			NÚMERO DE LOCALES:
DIRECCIÓN DEL RIESGO:			
CIUDAD:	ZONA POSTAL:	ESTADO:	TELÉFONO (INDIQUE CÓDIGO DE ÁREA):
			NÚMERO DE FAX:

**LINDEROS**

NORTE:  
 SUR:  
 ESTE:  
 OESTE:

TIPO:  INDUSTRIAL  NO INDUSTRIAL  DEPÓSITO Y ALMACENAJE      EDIFICACIÓN:  ABIERTA  CERRADA  MIXTA

**TIPO DE CONSTRUCCIÓN**

ESTRUCTURA DE:  CONCRETO ARMADO, HIERRO REVESTIDO DE CONCRETO ARMADO  MADERA  
 MÉTALICA, SIN REVESTIMIENTO

TECHO DE:  CONCRETO ARMADO, PLACAS DE CONCRETO ARMADO, PLATABANDA (HASTA 10% DE MATERIALES NO COMBUSTIBLES)  
 MADERA, LÁMINAS "NO COMBUSTIBLES" SOBRE ARMAZÓN DE MADERA Y/O CAÑA  
 LÁMINAS DE ZINC, ALUMINIO, HIERRO O ASBESTO (HASTA 10% DE MATERIALES PLÁSTICOS)

PAREDES DE:  LADRILLO MACIZO, PIEDRA, CONCRETO ARMADO, BLOQUES DE ARCILLA O DE CEMENTO HUECOS, FRISADOS POR AMBOS LADOS  
 HIERRO, VIDRIO, ASBESTO, ZINC, BLOQUES DE ARCILLA O DE CEMENTO HUECOS Y BLOQUES DE VENTILACIÓN  
 MADERA, BAHAREQUE, CAÑA, LÁMINAS DE ALUMINIO, CARTÓN Prensado Y SIMILARES

FACHADA DE:  OBRA LIMPIA CON MENOS DEL 50% EN VENTANERÍA  ELEMENTOS PRE-FABRICADOS  
 VIDRIOS O VENTANALES COMPLETOS, MUROS, CORTINAS DE VIDRIO O PLÁSTICO  CERÁMICA, LOZA, MÁRMOL U OTRO MATERIAL

OTRAS EDIFICACIONES:  TANQUES SUB-TERRANEOS CON MÁS DE 4 MTS.  TANQUES SUB-TERRANEOS CON MENOS DE 4 MTS.  TANQUES METÁLICOS  
 TORRES, CHIMENEAS, ANTENAS, MAYORES A 60 MTS.  PUENTES GRÚA CON CAPACIDAD MAYOR A 100 TONELADAS

NÚMERO DE ENTREPISOS:      NÚMERO DE PISOS:      NÚMERO DE MEZZANINAS:      NÚMERO DE SOTANOS:

AÑO DE CONSTRUCCIÓN:      EXISTE MATERIAL FRÁGIL:  SI  NO      EN CASO AFIRMATIVO INDIQUE TIPO:

TIPO DE CONTRATO:  PROPIEDAD  ARRENDAMIENTO  USUFRUCTO  COMODATO

**BIENES ASEGURABLES**

DESCRIPCIÓN	VALORES TOTALES A RIESGO (100%)	% PRIMER RIESGO RELATIVO	SUMA ASEGURADA
EDIFICACIONES			
MAQUINARIA Y EQUIPOS INDUSTRIALES			
INSTALACIONES			
EXISTENCIAS			
SUMINISTROS			
MEJORAS Y BIENHECHURÍAS			
MOBILIARIO			
EFFECTOS PERSONALES			
PREDIOS			
<b>TOTALES</b>			

% PRIMER RIESGO ABSOLUTO:

**COBERTURAS SOLICITADAS**

DESCRIPCIÓN	SUMA ASEGURADA
<input type="checkbox"/> BÁSICAS	
<b>COBERTURAS ADICIONALES</b>	
<input type="checkbox"/> MOTÍN, DISTURBIOS POPULARES, DISTURBIOS LABORALES Y DAÑOS MALICIOSOS	
<input type="checkbox"/> TERREMOTO O TEMBLOR DE TIERRA	
<input type="checkbox"/> EXTENSIÓN DE COBERTURA (HURACÁN, VENTARRÓN O TEMPESTAD, HUMO E IMPACTO DE VEHÍCULOS)	
<input type="checkbox"/> DAÑOS POR AGUA.	
<input type="checkbox"/> BIENES REFRIGERADOS O CONGELADOS	
<input type="checkbox"/> ROTURA DE VIDRIOS Y ANUNCIOS	
<input type="checkbox"/> OBJETOS VALIOSOS O ARTÍSTICOS	
<input type="checkbox"/> PRIMERA PÉRDIDA	
<input type="checkbox"/> INUNDACIÓN	
<input type="checkbox"/> DEMOLICIÓN, REMOCIÓN Y/O LIMPIEZA DE ESCOMBROS	
<input type="checkbox"/> HONORARIOS DE ARQUITECTOS, TOPÓGRAFOS E INGENIEROS	

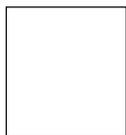
<input type="checkbox"/> RECONSTRUCCIÓN DE ARCHIVOS			
<input type="checkbox"/> PÉRDIDAS INDIRECTAS: _____ % PARTIDAS ASEGURABLES			
<input type="checkbox"/> EXISTENCIAS: MAQUINARIAS Y EQUIPOS INDUSTRIALES:			
<input type="checkbox"/> PÉRDIDA DE RENTA: PERÍODO DE COBERTURA _____ MESES			
<input type="checkbox"/> RENTA MENSUAL:			
<b>COBERTURA AUTOMÁTICA (10%) NO APLICABLE A EDIFICACIONES Y PÓLIZAS EN PRIMER RIESGO ABSOLUTO</b>			
<b>ANEXOS OPCIONALES</b>			
<input type="checkbox"/> REPOSICIÓN A NUEVO <input type="checkbox"/> REMOCIÓN DE SELLOS Y MARCAS <input type="checkbox"/> PRODUCTOS ELABORADOS <input type="checkbox"/> BENEFICIARIO PREFERENCIAL <input type="checkbox"/> INVENTARIO O AVALÚO <input type="checkbox"/> MATERIAL FUNDIDO <input type="checkbox"/> DESCUENTOS PARA SISTEMAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA INCENDIO <input type="checkbox"/> COBERTURA FUERA DE LAS EDIFICACIONES PERO DENTRO DE LOS PREDIOS OCUPADOS DEL ASEGURADO			
<b>BENEFICIARIO(S) PREFERENCIAL(ES)</b>			
APELLIDOS Y NOMBRES O DENOMINACIÓN JURÍDICA	CÉDULA DE IDENTIDAD O R.I.F.	FECHA DE NACIM. O CONSTITUCIÓN	% PARTICIPACIÓN
<b>SISTEMAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA INCENDIO</b>			
SISTEMAS MÍNIMOS: <input type="checkbox"/> ALARMA <input type="checkbox"/> DETECCIÓN <input type="checkbox"/> EXTINCIÓN PORTÁTIL		HIDRANTES: <input type="checkbox"/> INTERNOS <input type="checkbox"/> CON IMPULSIÓN PROPIA <input type="checkbox"/> SIN IMPULSIÓN PROPIA <input type="checkbox"/> EXTERNOS	
SISTEMAS ADICIONALES: VIGILANCIA <input type="checkbox"/> CON RELOJ CONTROL <input type="checkbox"/> SIN RELOJ CONTROL		BRIGADA CONTRA INCENDIO: <input type="checkbox"/> PERSONAL PROFESIONAL <input type="checkbox"/> PERSONAL NO PROFESIONAL	
SISTEMAS ESPECIALES DE EXTINCIÓN: <input type="checkbox"/> HALÓN <input type="checkbox"/> ESPUMA <input type="checkbox"/> AGUA PULVERIZADA <input type="checkbox"/> POLVO QUÍM. SECO <input type="checkbox"/> BIÓXIDO DE CARBONO		ROCIADORES: <input type="checkbox"/> ABIERTOS <input type="checkbox"/> AUTOMÁTICOS (PROTECCIÓN PARCIAL)	FUENTES DE AGUA: <input type="checkbox"/> UNA <input type="checkbox"/> DOS
<b>SUSTANCIAS INFLAMABLES</b>			
LITROS DE SUSTANCIAS: <input type="checkbox"/> GASOLINA _____ <input type="checkbox"/> THINER _____ <input type="checkbox"/> ALCOHOL _____ <input type="checkbox"/> VARSOL _____ <input type="checkbox"/> KEROSENE _____ <input type="checkbox"/> GASOIL _____ <input type="checkbox"/> ACETONA _____ <input type="checkbox"/> OTRO: _____			
<b>LUCRO CESANTE (OPCIONAL)</b>			
¿DESEA CONTRATAR LUCRO CESANTE? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	EN CASO AFIRMATIVO, INDICAR EL TIPO DE LUCRO CESANTE: <input type="checkbox"/> FORMA AMERICANA <input type="checkbox"/> FORMA INGLESA		FORMA AMERICANA % de Coaseguro:
FORMA INGLESA Período de Indemnización:	UTILIDAD BRUTA:	GASTOS FIJOS:	
TIEMPO NORMAL DEL TRABAJO DE LA EMPRESA: Diario _____ horas en _____ turnos      Semanal _____ horas      Anual _____ días			
ACUSA LA PRODUCCIÓN Y VENTA DE LA EMPRESA POR ASEGURAR FLUCTUACIONES ESTACIONALES SUPERIORES AL 20 %: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO En caso afirmativo, indicar cifras mensuales:			
HAY EXISTENCIAS DE PRODUCTOS TERMINADOS O SEMIELABORADOS: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO En caso afirmativo, durante que período de interrupción alcanzan esas existencias:			
SE EFECTÚAN SUMINISTROS CONTRA EL PAGO POR CARTAS DE CRÉDITO: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO    En caso afirmativo, que porción de las ventas corresponde a dichos suministros:			
LLEVA LA EMPRESA A ASEGURAR SU PROPIA CONTABILIDAD: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO    En caso negativo, indicar: nombre, dirección y teléfono del Contador externo:			
<b>BIENES REFRIGERADOS O CONGELADOS</b>			
TIPO DE MERCANCÍA:		PERÍODO DE CARENCIA DE LOS BIENES:	EDAD DEL EQUIPO:
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> EXISTENCIA DE REPUESTO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> RESERVAS DE EQUIPOS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> USO ESTACIONAL <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> PLANTA AUXILIAR PARA SUMINISTRO DE ENERGÍA ELÉCT.			
EXPLIQUE USO ESTACIONAL:			
<b>OTROS SEGUROS</b>			
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:

- a. Que he leído y entendido cabalmente cada una de las partes de esta Solicitud de seguro y que la información que suministro es verdadera, amplia, completa y exacta.
- 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.

**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



Huella Dactilar  
Pulgar Derecho

FIRMA DEL PROPUESTO  
ASEGURADO



Huella Dactilar  
Pulgar Derecho

FIRMA DEL TOMADOR



Huella Dactilar  
Pulgar Derecho

FIRMA DEL INTERMEDIARIO DE  
SEGUROS

APELLIDOS Y NOMBRES DEL INTERMEDIARIO DE SEGUROS:

CÓDIGO DEL INTERMEDIARIO: