

SOLICITUD DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL

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 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:	
DIRECCIÓN DE HABITACIÓN:		FECHA:		NÚMERO:	
DIRECCIÓN DE TRABAJO O COBRO:				TELÉFONO:	
				Cód. Área: N	
CIUDAD:		ZONA POSTAL:		ESTADO:	
TELÉFONO:		TELÉFONO (Otro donde Ubicarlo):		Cód. Área: N	
Cód. Área: N		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	
CIUDAD:		ZONA POSTAL:		ESTADO:	
TELÉFONO:		TELÉFONO:		TELÉFONO:	
Cód. Área: N		Cód. Área: N		Cód. Área: N	
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:			ACTIVIDAD ECONÓMICA, COMERCIAL O PROFESIONAL, OFICIO U OCUPACIÓN:		

DATOS DEL RIESGO A ASEGURAR

ÍNDOLE DEL RIESGO:				NÚMERO DE LOCALES:	
DIRECCIÓN DEL RIESGO:					
CIUDAD:		ZONA POSTAL:		ESTADO:	
TELÉFONO:		TELÉFONO:		TELÉFONO:	
Cód. Área: N		Cód. Área: N		Cód. Área: N	
TIPO DE CONSTRUCCIÓN			PISOS DE:		
			TECHO DE:		
			PUERTAS DE:		
			PAREDES DE:		

LINDEROS DE LA RESIDENCIA

NORTE:			SUR:		
ESTE:			OESTE:		

COBERTURAS SOLICITADAS

LÍMITES DE RESPONSABILIDAD

<input type="checkbox"/> PREDIOS Y OPERACIONES	
<input type="checkbox"/> RESPONSABILIDAD CIVIL DE ASCENSORES Y MONTACARGAS	
<input type="checkbox"/> RESPONSABILIDAD CIVIL DE CONTRATISTA INDEPENDIENTES	
<input type="checkbox"/> RESPONSABILIDAD CIVIL DE PRODUCTOS	
<input type="checkbox"/> RESPONSABILIDAD CIVIL CRUZADA	
<input type="checkbox"/> RESPONSABILIDAD CIVIL DE CARGA Y DESCARGA	
<input type="checkbox"/> RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL	
<input type="checkbox"/> RESPONSABILIDAD CIVIL INCENDIO Y EXPLOSIÓN	
<input type="checkbox"/> RESPONSABILIDAD CIVIL DE RIESGO ANTE VECINOS	
<input type="checkbox"/> RESPONSABILIDAD CIVIL DE RIESGO LOCATIVO	
<input type="checkbox"/> R. C. USO DE VEHÍCULOS AJENOS Y/O ALQUILADOS	
<input type="checkbox"/> RESPONSABILIDAD CIVIL DERIVADA DE DAÑOS POR AGUA	

COBERTURAS SOLICITADAS				LÍMITES			
<input type="checkbox"/> RESPONSABILIDAD CIVIL VALLAS Y AVISOS LUMINOSOS							
<input type="checkbox"/> RESPONSABILIDAD CIVIL DEFENSA PENAL							
<input type="checkbox"/> OTRA, INDIQUE:							
<input type="checkbox"/> OTRA, INDIQUE:							
MANTIENE, POSEE O USA EL SOLICITANTE OTROS PREDIOS: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			EXISTEN OTROS OCUPANTES EN LOS PREDIOS: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				
EN CASO AFIRMATIVO, OFRECER DETALLE:							
¿EL ACCESO A LOS PREDIOS POR PARTE DE EMPLEADOS Y VISITANTES ES ÚNICO ? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				¿EL PREDIO OCUPADO POSEE INTERNAMENTE ALGUNA VÍA PERSONAL ? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
¿EL PREDIO OCUPADO POSEE INTERNAMENTE VÍA DE CIRCULACIÓN AUTOMOTOR ? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				¿REALIZA OPERACIONES FUERA DE LOS PREDIOS ? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
EN CASO AFIRMATIVO, SUMINISTRE DETALLES:							
¿EXISTE VIGILANCIA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		ARMADA: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		N° DE VIGILANTES:		NÓMINA MENSUAL Bs. :	
LAS FUENTES DE ENERGÍA UTILIZADAS SON: <input type="checkbox"/> ENERGÍA ELÉCTRICA <input type="checkbox"/> OTROS, ESPECIFIQUE:							
ALMACENAN SUSTANCIAS INFLAMABLES O EXPLOSIVAS: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				EN CASO AFIRMATIVO ESPECIFIQUE:			
SE UTILIZA ALGUNA SUSTANCIA CONTAMINANTE O PELIGROSA A LA SALUD, INFLAMABLE O COMBUSTIBLE: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				EN CASO AFIRMATIVO ESPECIFIQUE:			
SE PRODUCEN EMANACIONES CONTAMINANTES (Gases, Líquido y Ruido) DURANTE EL TRABAJO: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				OFRECER DETALLES:			
UTILIZA VEHÍCULOS AJENOS: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE N° DE VEHÍCULOS:		UTILIZA VEHÍCULOS ALQUILADOS: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE N° DE VEHÍCULOS:	
POSEE VEHÍCULOS BAJO CUSTODIA TEMPORAL: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE RAZONES:				
LUGAR DONDE SE ENCUENTRAN LOS VEHÍCULOS: <input type="checkbox"/> TERRENO <input type="checkbox"/> SÓTANO <input type="checkbox"/> LOCAL CERRADO <input type="checkbox"/> OTROS:						CAPACIDAD DE VEHÍCULOS ADMISIBLES :	
ASCENSORES (Personas y Carga), ELEVADORES Y ESCALERAS MECÁNICAS							
TIPO	CANTIDAD	MARCA	MODELO	FECHA DE INSTALACIÓN	CAPACIDAD N° PERSONAS	CAPACIDAD CARGA Kgs.	
ASCENSORES							
ELEVADORES							
ESCALERAS MECÁNICAS							
MANTENIMIENTO REALIZADO POR:				FRECUENCIA:		N° DE PISOS QUE ATIENDE:	ASCENSORES OPERADOS POR EL PÚBLICO:
USO PRINCIPAL DE LOS ASCENSORES: <input type="checkbox"/> TRANSPORTA PERSONAS <input type="checkbox"/> CARGA <input type="checkbox"/> AMBOS							
COBERTURA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PRODUCTOS							
DESCRIBA LOS PRODUCTOS QUE FABRICA, SUMINISTRA O DEPOSITA:							
SI LA EMPRESA ES FABRICANTE, DESCRIBA EL PROCESO DE ELABORACIÓN DEL PRODUCTO:							
EL PRODUCTO QUE SUMINISTRA TRAE IMPRESA LAS INSTRUCCIONES Y LAS PRECAUCIONES DE USO : <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO				EL PRODUCTO QUE SUMINISTRA ES IMPORTADO : <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
TRAE LAS INSTRUCCIONES Y PRECAUCIONES DE USO TRADUCIDAS AL ESPAÑOL: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			EL PRODUCTO ESTÁ DESTINADO A: <input type="checkbox"/> INDUSTRIA <input type="checkbox"/> PÚBLICO EN GENERAL			VOLUMEN ANUAL DE VENTAS:	
DESCRIPCIÓN DEL ENVASE:							

INFORMACIÓN ADICIONAL PARA LAS COBERTURAS DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRATISTAS INDEPENDIENTES Y CRUZADA

¿UTILIZA EL SOLICITANTE LOS SERVICIOS DE CONTRATISTAS INDEPENDIENTES? SI NO

EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE; MONTO ANUAL PAGADO A LOS CONTRATISTAS:

OPERACIONES QUE REALIZA:

¿SEÑALE CUÁLES FASES DE LA OPERACIÓN SON EJECUTADAS POR SUBCONTRATISTAS?

EXIGE ALGUNA RESPONSABILIDAD POR DICHAS OPERACIONES SI NO

INDIQUE LAS RAZONES:

EXIGE ALGÚN PRODUCTO O SISTEMA NUEVO QUE ESTE ENSAYANDO: SI NO

INDIQUE, CUANTOS Y CUALES:

OTROS SEGUROS

MANTIENE UD. ALGÚN OTRO SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL 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 RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL? EN CASO AFIRMATIVO SUMINISTRE DETALLES COMPLETOS:

ALGUNA COMPAÑÍA DE SEGUROS LE HA RECHAZADO ALGUNA SOLICITUD DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL HECHA POR UD.? 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:

- 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 TOMADOR

FIRMA DEL INTERMEDIARIO
DE SEGUROS

APELLIDOS Y NOMBRES DEL INTERMEDIARIO DE SEGUROS:

CÓDIGO DEL INTERMEDIARIO: