

SOLICITUD DE SEGURO DE ROTURA DE MAQUINARIAS

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:	
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:				ACTIVIDAD QUE REALIZA:		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:				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 DE LAS MAQUINARIAS A ASEGURAR

UBICACIÓN DE LAS MAQUINARIAS (DIRECCIÓN):							
CIUDAD:		ZONA POSTAL:		ESTADO:		TELÉFONO (INDIQUE CÓDIGO DE ÁREA):	
						NÚMERO DE FAX:	
ÍNDOLE DEL RIESGO:							
MODO DE CONSTRUCCIÓN DEL EDIFICIO O LOCAL:							
<input type="checkbox"/> CONCRETO ARMADO, HIERRO REVESTIDO DE CONCRETO ARMADO <input type="checkbox"/> MÉTALICA, SIN REVESTIMIENTO <input type="checkbox"/> MADERA							

LINDEROS

NORTE:							
SUR:							
ESTE:							
OESTE:							

ESPECIFICACIONES DE LAS MAQUINARIAS A ASEGURAR

N°	DESCRIPCIÓN	MARCA	MODELO	AÑO	SERIAL	SUMA ASEGURADA
1						
2						
3						
4						
5						

COBERTURA SOLICITADA

DESCRIPCIÓN	SUMA ASEGURADA
<input type="checkbox"/> BÁSICA	
COBERTURAS OPCIONALES	
El solicitante tendrá la facultad de escoger libremente la cobertura opcional que desee y en ningún caso estará obligado a tomarlas todas y cada una de ellas.	
<input type="checkbox"/> RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL	
<input type="checkbox"/> OTRA, INDIQUE:	
¿SE HAN ADQUIRIDO LAS MAQUINARIAS EN ESTADO NUEVO? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
EN CASO NEGATIVO, ¿QUÉ POSICIONES DE LAS ESPECIFICACIONES SE HAN ADQUIRIDO EN ESTADO USADO?	
¿QUÉ MAQUINARIAS PUEDEN ADQUIRIRSE TODAVÍA EN FÁBRICA?, INDIQUE POSICIONES DE LA ESPECIFICACIÓN:	
¿LAS MAQUINARIAS SON MANTENIDAS CONFORME A LAS INSTRUCCIONES DEL FABRICANTE? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
¿EL PERSONAL QUE OPERA LAS MAQUINARIAS FUÉ ADIESTRADO POR EL FABRICANTE? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
¿SE DA EL PELIGRO DE INUNDACIÓN O ANEGACIÓN? EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE:	
<input type="checkbox"/> AGUAS <input type="checkbox"/> LLUVIAS TORRENCIALES <input type="checkbox"/> ÁCIDOS <input type="checkbox"/> RETROCESO DEL AGUA DE CANALIZACIÓN <input type="checkbox"/> OTRA CAUSA:	
¿SE UTILIZAN EN LAS INMEDIACIONES MATERIAS PELIGROSAS? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE:	
<input type="checkbox"/> ÁCIDOS <input type="checkbox"/> PAPELES TRATADOS O SENSIBLES A LA LUZ <input type="checkbox"/> SUSTANCIAS REVELADORAS <input type="checkbox"/> ISÓTOPOS <input type="checkbox"/> BASES <input type="checkbox"/> MATERIAS EXPLOSIVAS <input type="checkbox"/> REACTIVOS DE ANÁLISIS <input type="checkbox"/> OTRAS:	
¿EXISTEN SISTEMAS DE ALARMAS EN EL INMUEBLE QUE CONTIENE LAS MAQUINARIAS A ASEGURAR? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
¿POSEE SISTEMAS MÍNIMOS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA INCENDIO Y ROBO? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
USO DE LA MAQUINARIA, HORAS NORMALES DE TRABAJO:	
<input type="checkbox"/> UN TURNO POR DÍA DESDE _____ HASTA _____	
<input type="checkbox"/> DOS TURNOS POR DÍA DESDE _____ HASTA _____	
<input type="checkbox"/> TRES TURNOS POR DÍA DESDE _____ HASTA _____	
<input type="checkbox"/> EN _____ DÍAS POR SEMANA EN _____ DÍAS AL AÑO _____	
<input type="checkbox"/> EN OPERACIÓN CONTINUA	
¿EXISTEN MÁQUINAS QUE PASEN PERÍODOS DE INACTIVIDAD MAYORES DE 14 DÍAS CONSECUTIVOS? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
EN CASO AFIRMATIVO, ¿QUÉ POSICIONES DE LAS ESPECIFICACIONES PASAN PERÍODOS DE INACTIVIDAD?	

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 ROTURA DE MAQUINARIA HECHA POR UD.? EN CASO AFIRMATIVO SUMINISTRE DETALLES:
¿ALGUNA EMPRESA DE SEGUROS LE HA CANCELADO O DENEGADO LA RENOVACIÓN DEL SEGURO PARA ROTURA DE MAQUINARIA? EN CASO AFIRMATIVO SUMINISTRE DETALLES:

OTROS SEGUROS

QUE OTRO TIPO DE SEGURO TIENE O HA SOLICITADO:

EMPRESA DE SEGUROS : _____ MONTO Bs. _____ FECHA: _____

EMPRESA DE SEGUROS : _____ MONTO Bs. _____ FECHA: _____

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 PROPUESTO
ASEGURADO

FIRMA DEL TOMADOR

FIRMA DEL INTERMEDIARIO
DE SEGUROS

APELLIDOS Y NOMBRES DEL INTERMEDIARIO DE SEGUROS:

CÓDIGO DEL INTERMEDIARIO:

OBSERVACIONES: