



# SEGUROS QUALITAS, C.A.

COMPañA ANÓNIMA, INSCRITA EN LA SUPERINTENDENCIA DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA – MINISTERIO DEL PODER POPULAR DE PLANIFICACIÓN Y FINANZAS BAJO EL N° 118 – R.I.F. J-30668450-6. AV. FRANCISCO DE MIRANDA CON 4ta AVENIDA, TORRE QUALITAS, LOS PALOS GRANDES, CARACAS, DISTRITO FEDERAL. INSCRITA EN EL REGISTRO MERCANTIL SEGUNDO DE LA CIRCUNSCRIPCIÓN JUDICIAL DEL DISTRITO FEDERAL Y ESTADO MIRANDA, EN FECHA 4 DE ENERO DE 2000, BAJO EL N° 25, TOMO 1-A-SGDO.

## SOLICITUD DE POLIZA DE TODO RIESGO DE INDUSTRIA Y COMERCIO

Fecha de Solicitud: / /	N° Póliza	Vigencia	Desde 12M.	D	M	A	Hasta 12M.	D	M	A
----------------------------	-----------	----------	---------------	---	---	---	---------------	---	---	---

### A.- DATOS DEL TOMADOR

#### PERSONA NATURAL

1 <sup>er</sup> Apellido	2 <sup>do</sup> Apellido o de Casada	1 <sup>er</sup> Nombre	2 <sup>do</sup> Nombre
C.I. N°/ Pasaporte	Lugar y fecha de Nacimiento:	Edad	Estado Civil
Profesión / Actividad u Oficio	Ejercicio Indep. <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/>		
Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>			
Dirección de Habitación:			
Dirección de Oficina:			Cobro en: Hab. <input type="checkbox"/> Ofic. <input type="checkbox"/>
Teléfono Habitación:	Teléfono Oficina:	Ingreso Anual Bs.	<input type="checkbox"/> 0 a 6.000,00 <input type="checkbox"/> 6.001,00 a 12.000,00 <input type="checkbox"/> 12.001,00 a 18.000,00 <input type="checkbox"/> Más de 18.000,00
E-mail:			

#### PERSONA JURÍDICA

Nombre ó Razón Social (indicar sigla si las tiene)			
Fecha de Constitución / /	Registro Mercantil	Tomó	N°
N° R.I.F. / R.F.P.	Actividad Económica	Promedio de Ventas Mensuales	
Representante Actual			
Dirección de Cobro			
Teléfonos	Oficina	Celular	Fax
País	Estado	Ciudad	
Municipio	Zona Postal	E-mail	

### DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL TOMADOR

1 <sup>er</sup> Apellido	2 <sup>do</sup> Apellido o de Casada	1 <sup>er</sup> Nombre	2 <sup>do</sup> Nombre
C.I. N°/ Pasaporte	Lugar y fecha de Nacimiento	Edad	Estado Civil
Profesión / Actividad u Oficio	Ejercicio Indep. <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/>		
Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>			
Dirección de Habitación:			
Dirección de Oficina:			
Teléfono Habitación	Teléfono Oficina	Ingreso Anual Bs.	<input type="checkbox"/> 0 a 6.000,00 <input type="checkbox"/> 6.001,00 a 12.000,00 <input type="checkbox"/> 12.001,00 a 18.000,00 <input type="checkbox"/> Más de 18.000,00
E-mail:			

### B.- ASEGURADO PROPUESTO (Llenar en caso de ser diferente al Tomador)

#### PERSONA NATURAL

1 <sup>er</sup> Apellido	2 <sup>do</sup> Apellido o de Casada	1 <sup>er</sup> Nombre	2 <sup>do</sup> Nombre
C.I. N°/ Pasaporte	Lugar y fecha de Nacimiento	Edad	Estado Civil
Profesión / Actividad u Oficio	Ejercicio Indep. <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/>		
Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>			

Dirección de Habitación:				
Dirección de Oficina:				Cobro en: Hab. <input type="checkbox"/> Ofic. <input type="checkbox"/>
Teléfono Habitación	Teléfono Oficina	Ingreso Anual Bs.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	0 a 6.000,00
E-mail				6.001,00 a 12.000,00

### PERSONA JURIDICA

Nombre ó Razón Social (indicar sigla si las tiene):

Fecha de Constitución / / Registro Mercantil Tomo N°

N° R.I.F. / R.F.P. Actividad Económica: Promedio de Ventas Mensuales:

Representante Actual:

Dirección de Cobro:

Teléfonos: Oficina: Celular: Fax:

País: Estado: Ciudad:

Municipio: Zona Postal: E-mail:

### SOCIOS Y/O ACCIONISTAS (Facultados para obligar a la empresa conjunta o separadamente)

SOCIOS	ACCIONISTAS	CONJUNTAMENTE	SEPARADAMENTE

### C.- BIENES ASEGURADOS

PARTIDAS	VALORES A RIESGO
Edificaciones	Bs.
Máquinas y Equipos	Bs.
Existencias, Suministros	Bs.
Instalaciones, Mejoras o bienhechurías	Bs.
Mobiliario	Bs.
Equipos Electrónicos	Bs.
Objetos Valiosos:	Bs.
Otros, Especifique	Bs.

### D.- COBERTURAS SOLICITADAS

	SUMA ASEGURADA Bs.
Incendio Rayo Explosión Impacto de Aeronaves, Satélite, Cohetes u otros aparatos aéreos o de los objetos desprendidos de éstos. Agua u otros agentes de extinción utilizados para apagar un incendio en los predios ocupados por el Asegurado o en predios adyacentes.	Bs.
Humo de un incendio originado en los predios ocupados por el Asegurado o en predios adyacentes.	Bs.
Extensión de Cobertura	Bs.
Objetos Valiosos:	Bs.
Otros, Especifique:	Bs.

Según Cuadro de Póliza, en función de las modalidades indicadas en la declaración de los Valores a Riesgo y las condiciones de la Póliza.

E.- CLAUSULAS ADICIONALES		SUMA ASEGURADA Bs.
Cobertura fuera de las Edificaciones (Dentro de los Predios Asegurados)		Bs.
Sellos y Marcas		Bs.
Remoción Temporal		Bs.
Productos Elaborados		Bs.
Otra (Especifique)		Bs.

F.- CLAUSULAS OPCIONALES		SUMA ASEGURADA Bs.
Demolición, remoción o limpieza de escombros, a primera pérdida (P.P.)		Bs.
Honorarios de Arquitectos, Topógrafos e Ingenieros, a primera pérdida (P.P.)		Bs.
Reconstrucción de archivos, a primera pérdida (P.P.)		Bs.
Gastos Extraordinarios, a primera pérdida (P.P.)		Bs.
Otra (Especifique)		Bs.

G.- COBERTURAS ADICIONALES			SUMA ASEGURADA Bs.
Pérdidas Indirectas 10 %, 15%, 20% o 30% de las sumas aseguradas para los renglones escogidos.	%		Bs.
Robo, Asalto, Atraco o su tentativa (anexar a esta solicitud detalle de los bienes)			Bs.
Daños por Agua			Bs.
Inundación			Bs.
Motín, Disturbios Laborales y Daños Maliciosos			Bs.
Terremoto o Temblor de Tierra			Bs.
Rotura de Vidrios y Anuncios (anexar a esta solicitud detalle de los bienes)			Bs.
Deterioro de Bienes Refrigerados			Bs.
Pérdida de Renta 5%, 10%, 15%, 20%, 25% o 30%	%		Bs.
Rotura de Maquinarias			Bs.
Equipos de Contratistas			Bs.
Equipos Electrónicos			Bs.
Fidelidad 3D			
Responsabilidad Civil Extracontractual			Bs.
Mercancía en Tránsito			Bs.
Otros, especifique: (anexar a esta solicitud detalle de los bienes)			Bs.

F.- DESCRIPCION DEL INTERES ASEGURADO			
Índole del Negocio:	Actividad:	Tipo de Inmueble: Edificio <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Quinta <input type="checkbox"/> Galpón <input type="checkbox"/>	
N° Local/Apto/Galpón:	Urbanización:	Ciudad:	
Municipio:	Distrito:	Estado:	Zona Postal:
N° Telefónico	Fax:	Persona Contacto	

OTROS LOCALES A ASEGURAR				
Calle/Avenida/Esquina:		Nombre:		Piso N°
N° Local/Apto/Galpón		Urbanización:	Ciudad:	
Municipio:		Distrito:	Estado:	
Zona Postal:	N° Telefónico	Fax:	Persona Contacto	
Otras características de los bienes asegurados:				

G.- IDENTIFICACION DEL PREDIO ASEGURABLE					
N° de localidades _____ (Para cada localidad adicional indicar en la sección A de una nueva solicitud la dirección del predio y llenar las secciones E y G correspondientes)					
Año construcción _____ N° de pisos (Incluyendo sótanos): _____ Altura Aprox.: _____ m					
Actividades en Inmuebles Colindantes:					
Norte: mts.	a	<input type="checkbox"/>	Residencia	Comercio	Industria
Sur: mts.	a	<input type="checkbox"/>			
Este: mts.	a	<input type="checkbox"/>			
Oeste: mts.	a	<input type="checkbox"/>			
El predio colinda con: Inmueble desocupado o abandonado <input type="checkbox"/> Terreno sin edificar <input type="checkbox"/> Obra en demolición <input type="checkbox"/>					
Rio o quebrada a _____ mts. Existe comunicación edificios colindantes Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, ¿Qué clase de comunicación? _____					
¿Hay otros ocupantes del edificio? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> . En caso afirmativo indique la índole de actividad de cada ocupante: _____					

H.- TIPO DE CONSTRUCCION	
Estructura de: _____, Techos de: _____ Sobre: _____, Paredes de: _____	
Entrepiso de: _____, Pisos de: _____, número de pisos: _____	
¿Materiales frágiles? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Material predominante: _____ Clase de edificación: _____	
Acabado de fachada: _____ Zona Sísmica: _____	
<b>Vista Vertical</b> 	<b>Vista Horizontal</b> 

I.- PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN	
¿Tienen extintores de Incendio? Si <input type="checkbox"/> ¿Cuántos? _____, No <input type="checkbox"/> Almacenamiento de agua: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> _____ Lts.	
Reserva para incendios _____ Lts. ¿Existen sistemas de detección y alarmas? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
¿Tiene letreros indicando "Prohibido Fumar"? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Tiene Rociadores? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Cantidad de mangueras: _____ de _____ pulgadas de diámetro	

Distancia del Cuerpo de Bomberos: \_\_\_\_\_ Km y \_\_\_\_\_ Minutos.

¿Tienen sistemas hidrantes? Si  No  En caso afirmativo, ¿Con bomba propia? Si  No

En caso de existir en las cercanías mar, ríos o quebradas, especifique distancia aproximada:

Mar  a \_\_\_\_\_ mts.; Ríos  a \_\_\_\_\_ mts.; Quebradas  a \_\_\_\_\_ mts.

¿Es zona sísmica? Si  No

¿Existen sistemas de alarma contra Robo en el inmueble que contiene los bienes a asegurar? Si  No

Especifique: \_\_\_\_\_

¿Existe Caja Fuerte? Si  No . Empotrada: Si  No  De: \_\_\_\_\_ Kgs.

¿Existen Vigilancia? Si  No  ¿Armada? Si  No  ¿Permanente? Si  No

Nombre de la Empresa: \_\_\_\_\_ Vigencia del contrato: Desde: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hasta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_.

¿Mantiene la Empresa de Vigilancia Póliza de RC Profesional?: Si  No

Nombre de la Empresa de Seguros: \_\_\_\_\_.

H.- INFORMACION PARA LA COBERTURA DE ROTURA DE VIDRIOS			
Cantidad	Dimensión	Espesor	Detalle
			En caso de vidrios de nevera y/o aparatos refrigeradores, mencione tipo, pies y valores de los mismos: _____
			Si los vidrios tienen inscripciones, mencione el nombre de la empresa que realizó dichos trabajos: _____
			Tipo de protección utilizado para los vidrios: _____

H.- INFORMACION PARA LA COBERTURA DE OBJETOS VALIOSOS			
Joyas y Pieles Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Objetos de Arte: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Otros: Especifique: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
¿Los cierres y sistemas de seguridad de los objetos valiosos son revisados al menos una vez al año por un joyero competente o especialista en la materia? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Cuando los objetos valiosos no se usan ¿Son éstos guardados en caja fuertes o se adoptan medidas de prevención o protección? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
En caso de caja fuerte indique:	Personas autorizadas para abrirla:	Puerta Externa	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Marca:	1.	Ventanas	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Serial:	2.	Sistema de Alarma	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Medidas: _____ mts.	3.	Perros	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Sistema de Cierre:	4.	Armas	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
		Otros, Especifique:	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

- ANEXAR:
- Relación de joyas y pieles que desea asegurar, expresando los valores confirmados por un joyero o peletero competente o mediante factura de compra respectiva.
  - Relación de objetos de arte a asegurar indicando por cada objeto el nombre, autor y valor (la valuación puede ser con base a la factura de compra actual); en el caso de cuadros indicar las dimensiones y en caso de esculturas indicar el material, peso y altura.

**J.- INFORMACION COMPLEMENTARIA DEL ASEGURADO**¿Se llevan los Libros de Contabilidad de acuerdo con la Ley? Si  No 

¿Dónde se guardan los Libros de Contabilidad? \_\_\_\_\_

Fecha del último inventario: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha del establecimiento de la firma : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre anterior de la Firma, si fuese el caso

**Referencias Comerciales:**

Comercio	Dirección	Teléfono

**Referencias Bancarias**

Entidad Bancaria	Número(s) Cuenta(s)	Teléfono

**Otros Seguros vigentes sobre los mismos bienes**

Empresa de Seguros	Monto Asegurado	N° de Póliza	Vigencia

**Siniestros Ocurridos**

Empresa de Seguros	Causa	Fecha	Monto

**Solicitudes Rechazadas**

Empresa de Seguros	Motivo	Fecha

**Beneficiario Preferencial****Cédula de Identidad o R.I.F.**


Los datos indicados en esta solicitud servirán de base para el seguro, siempre que éste se lleve a cabo y de su exactitud depende su validez, el domicilio para los efectos del seguro entra en vigencia una vez expedida la póliza y satisfecho el pago correspondiente para el primer período.

Yo, \_\_\_\_\_, C /RIF N° \_\_\_\_\_, **Tomador de la Póliza**, expresamente declaro: Doy fe que el dinero utilizado para el pago de la prima, proviene de una fuente lícita y por lo tanto, no tiene relación alguna con dinero, capitales, bienes, haberes, valores o títulos producto de las actividades o acciones derivadas de operaciones ilícitas previstas en las Normas sobre Prevención, Control y Fiscalización de los Delitos de Legitimación de Capitales y Financiamiento al Terrorismo, en la Actividad Aseguradora .

Firmado en \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

\_\_\_\_\_  
Firma del Tomador

Huella Dactilar

\_\_\_\_\_  
Firma del Asegurado

Huella Dactilar

\_\_\_\_\_  
Nombre del Intermediario de Seguros\_\_\_\_\_  
Firma del Intermediario de Seguros\_\_\_\_\_  
Código