



# SEGUROS QUALITAS, C.A.

COMPAÑÍA 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 RIESGOS DIVERSOS

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 <input type="checkbox"/> Hab. en: <input type="checkbox"/> Ofic.
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 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	

### 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.	Empleado	Socio
			Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>

Dirección de Habitación:			
Dirección de Oficina:			Cobro <input type="checkbox"/> Hab. En: <input type="checkbox"/> Ofic.
Teléfono Habitación	Teléfono Oficina	Ingreso Anual Bs.	<input type="checkbox"/> 0 a 6.000,00
E-mail			<input type="checkbox"/> 6.001,00 a 12.000,00
			<input type="checkbox"/> 2.001,00 a 18.000,00
			<input type="checkbox"/> Más de 18.000,00

### 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

Dirección del Riesgo (Interés Asegurable):

### C.- SEGURO DE ROTURA DE VIDRIOS

Descripción

Cantidad	Dimensión	Espesor	Ubicación

En caso de vidrios de nevera y/o aparatos refrigerantes mencione tipo, número de 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:

### D.- SEGURO DE AVISOS Y/O CARTELES

Valor estimado en bolívares:		Tipo de Construcción		
Dimensiones en metros:		Interna	Colgante	
Año de construcción:		Externa	Giratoria	
Material de fabricación:		Fija	Otro	

E.- SEGUROS DE JOYAS, PIELS Y OBJETOS DE ARTE					
Seguro solicitado <input type="checkbox"/> Joyas y pieles (uso personal) <input type="checkbox"/> Objetos de Arte		¿Los cierres y sistemas de seguridad de las joyas son revisados al menos una vez al año por un joyero Competente? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Cuando las joyas se no se usan ¿Son éstas guardadas en caja fuertes o se adoptan medidas de prevención o protección? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Suma Asegurada					
En caso de Caja Fuerte, indique:		Personas autorizadas para abrirla		Indique las medidas generales de protección y seguridad existentes en su residencia	
Marca:		1.			
Serial:	Peso: Kgs.	2.			
Medidas: Mts.		3.			
Sistemas de Cierre:		4.			
				Puertas externas	Ventanas
				Sistema de alarma	Perros
				Armas	Otros
Cobertura en:		Cobertura en:		SI SE INCLUYE TRANSITO INDICAR	
Venezuela: <input type="checkbox"/>		Vivienda: <input type="checkbox"/>		Límites territoriales	
Exterior: <input type="checkbox"/>		Local: <input type="checkbox"/>		Medios de transporte:	
		Tránsito: <input type="checkbox"/>		Va acompañado: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Valor máximo por envío: Bs.	
Descripción de la Construcción: _____					
Medida de Seguridad y vigilancia adoptadas: _____					
Si presta los objetos de arte para exposiciones indique promedio anual de veces y duración: _____					
Pérdidas o daños sufridos anteriormente (indemnizados o no por el seguro: _____					
Le ha sido declinada la solicitud de este seguro anteriormente, en caso de ser afirmativa suministre detalles: _____					
Si le han anulado alguna póliza, indique el nombre de dicha compañía y la(s) causa(s) de tal anulación: _____					

ANEXAR:
<ul style="list-style-type: none"> <li>Relación de joyas y pieles que desea asegurar, expresando los valores confirmados por un joyero o peletero competente o mediante factura de compra respectiva.</li> <li>Relación de objetos de arte a asegurar indicando por cada objeto el nombre, autor y valor ( la valuación puede ser en 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.</li> </ul>

F.- INFORMACION COMPLEMENTARIA			
Observaciones: _____			
_____			
_____			
Siniestros Ocurridos:			
Compañía Aseguradora	Monto Asegurado	N° de Póliza	Vigencia

Otros Seguros vigentes sobre los mismos bienes			
Compañía Aseguradora	Monto Asegurado	N° de Póliza	Vigencia

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 .

\_\_\_\_\_  
Ciudad y Fecha

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



\_\_\_\_\_  
Nombre del Intermediario de seguros

\_\_\_\_\_  
Firma del Intermediario de Seguros

\_\_\_\_\_  
Código