



SEGUROS QUALITAS, C.A.

COMPANÍA 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 RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL

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

A.- DATOS DEL TOMADOR

PERSONA NATURAL

1 ^{er} Apellido	2 ^{do} Apellido o de Casada	1 ^{er} Nombre	2 ^{do} 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 JURÍDICA

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 ^{er} Apellido	2 ^{do} Apellido o de Casada	1 ^{er} Nombre	2 ^{do} 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 ^{er} Apellido	2 ^{do} Apellido o de Casada	1 ^{er} Nombre	2 ^{do} 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 <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
E-mail			
PERSONA JURÍDICA			
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.- COBERTURA BASICA	
El Solicitante sólo está obligado a contratar la Cobertura Básica de esta Póliza. Las Coberturas restantes son opcionales	
BASICA Predios y Operaciones	LIMITE DE RESPONSABILIDAD O SUMAS ASEGURADAS
Límite Único Combinado por Evento	Bs.
Límite Único Combinado por Año-Póliza	Bs.
Vehículos Ajenos y/o Alquilados	<input type="checkbox"/>
Responsabilidad Civil Cruzada	<input type="checkbox"/>
Daños por Desprendimiento Accidental de la Carga	<input type="checkbox"/>
Avisos Luminosos	<input type="checkbox"/>
Responsabilidad ante Vecino	<input type="checkbox"/>
Riesgo Locativo	<input type="checkbox"/>
Responsabilidad Civil de Productos	<input type="checkbox"/>
Responsabilidad Civil por Vigilantes Armados	<input type="checkbox"/>
Vehículos en Predios Privados	<input type="checkbox"/>

Contaminación Accidental al Medio Ambiente		<input type="checkbox"/>		
Responsabilidad Civil Profesional Clínicas	Según lo indicado en la Sección D.1	<input type="checkbox"/>		
Responsabilidad Civil Estacionamientos y Talleres	Según lo indicado en la Sección D.2	<input type="checkbox"/>		
Responsabilidad Civil de Marinas	Según lo indicado en la Sección D.3	<input type="checkbox"/>		
Responsabilidad Civil de Vehículos - Exceso	Según lo indicado en la Sección D.4	<input type="checkbox"/>		
D.- INFORMACION PARA COBERTURAS ESPECÍFICAS				
D.1.- RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL CLINICAS				
Cobertura para Clínicas	N° de Camas:	N° de Médicos: (Anexe relación de médicos y sus especialidades):		
Servicios	Unidad de cuidados intensivos: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Laboratorio: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
		Rayos X: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
		Unidad de Radio/Quimioterapia: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Otros (Especifique):				
Límite de responsabilidad por médico:				
Especialidad:	Suma Asegurada:			
Especialidad:	Suma Asegurada:			
Especialidad:	Suma Asegurada:			
Especialidad:	Suma Asegurada:			
Especialidad:	Suma Asegurada:			
Límite de responsabilidad para la clínica:				
Cobertura para Médicos				
Especialidad	Suma Asegurada			
Años de Experiencia	¿Dónde ejerce?			
Consultorio Propio	Clínica Privada	Hospital		
D.2.- RESPONSABILIDAD CIVIL PARA ESTACIONAMIENTO Y/O TALLERES				
Actividad del Taller:	Latonería y pintura <input type="checkbox"/>	Mecánico <input type="checkbox"/>	Mixto <input type="checkbox"/>	Autolavados <input type="checkbox"/>
Concesionario de vehículos <input type="checkbox"/>	Estacionamiento privado <input type="checkbox"/>	Estacionamiento de bares, Discotecas o similares <input type="checkbox"/>		
Otros (Especifique):			Capacidad del estacionamiento	
¿Existe vigilancia? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Pernoctan vehículos en horas no laborales? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Se utilizan parqueadores? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Límite por Vehículo:	Límite por Año Póliza:			
¿Requiere la cobertura de pruebas o traslado de vehículos? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Límite Asegurado:			
Personas autorizadas para realizar las pruebas:				
Nombre completo:	Cédula de Identidad:	Número de licencia y grado		
Nombre completo:	Cédula de Identidad:	Número de licencia y grado		
Nombre completo:	Cédula de Identidad:	Número de licencia y grado		
D.3.- RESPONSABILIDAD CIVIL DE MARINAS				
Nombre de la Marina:				

Antigüedad:	Capacidad en: Colmenas: _____ Agua: _____	¿Existe vigilancia permanente? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
¿Suministra combustible? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	En caso afirmativo indique la capacidad de almacenamiento de combustible:		
Sistemas de protección contra incendios:			
¿Existe Extintores?: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cantidad:	Sistema de extinción fijo: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Capacidad de almacenamiento de agua:	
Nº de cajetines:	Sistemas de Detección: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Tipo:	
Información Complementaria:			
Unidades de Montacargas: : Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cuantos:	Capacidad de cada uno:		
Indique si realizan algún tipo de mantenimiento mayor en la marina y con que frecuencia:			
Indique el valor promedio de las embarcaciones:			
El valor mayor:	El valor menor:		
¿Exige Seguro de Casco a los propietarios de embarcaciones? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Límite por evento:	Límite por Año-Póliza:		
Nº de localidades: _____ (a continuación indique la ubicación de dichas localidades y la operación que se realiza en cada una de ellas, si fuese necesario utilice la sección de observaciones para completar la información o anexe hoja complementaria) Es importante que indique la facturación ya que ésta es la base de cálculo para la determinación de la Prima.			
	Dirección	Actividad que realiza	Facturación anual (ventas)
1			
2			
3			
4			
5			
6			
Total facturación (ventas):			

Si la Póliza va destinada a cubrir cualquiera de las actividades que se señalan más adelante, usted debe sustituir la denominación "Facturación anual (ventas)" indicada en el cuadro anterior, por la que se señala al lado de la actividad y desarrollar la información.		
Si la actividad es Oficina	Debe sustituir las ventas por	Nº de personas empleados
Si la actividad es Enseñanza	Debe sustituir las ventas por	Nº de alumnos y profesores
Si la actividad es Inmueble (Ej. Centros Comerciales)	Debe sustituir las ventas por	Metros cuadrados de los predios a cubrir
Si la actividad es Cine, Teatro	Debe sustituir las ventas por	Nº de puestos/aforo
Si la actividad es Empresa de Vigilancia	Debe sustituir las ventas por	Nº de vigilantes
Deducibles:		

Mencione los inmuebles colindantes del predio principal e indique si se trata de Habitación (hab.), Comercios (com.) e/o Industrias (ind.)

	Hab.	Com.	Ind.
Norte: _____ a ___ mts.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sur: _____ a ___ mts.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Este: _____ a ___ mts.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oeste: _____ a ___ mts.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Existe comunicación con edificios colindantes? Sí No

En caso afirmativo, ¿qué clase de comunicación?

¿Hay otros ocupantes del edificio? Sí No

En caso afirmativo, indique la índole de actividad de cada ocupante:

E.- 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

Huella Dactilar

_____ Nombre del Intermediario de seguros

_____ Firma del Intermediario de Seguros

_____ Código