



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 PÓLIZA DE INCENDIO

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:			

Dirección del Riesgo (Interés Asegurable) _____

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"/> .001,00 a 12.000,00 <input type="checkbox"/> .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	
Primer Riesgo Relativo (PRR) o Absoluto (PRA)			
	Básica y Opcionales	Terremoto	Valores a Riesgo Bs.
Edificaciones	_____ %	_____ %	_____
Máquinas y Equipos Industriales Instalaciones	_____ %	_____ %	_____
Existencias Suministros Mejoras o bienhechurías Mobiliario Equipos Electrónicos	_____ %	_____ %	_____
Otros, Especifique	_____ %	_____ %	_____

C.- COBERTURAS SOLICITADAS (Sólo la Cobertura Básica de esta Póliza es obligatoria. Las Coberturas restantes son opcionales).

Cobertura Básica	Sumas Aseguradas
<ul style="list-style-type: none"> • Cobertura Básica • Incendio • Rayo • Explosión • Impacto de Aeronaves, Satélite, Cohetes u otros aparatos Aéreos o de los objetos desprendidos de éstos. • Agua u otros agentes de extensión utilizados para apagar un incendio en los predios ocupados por el Asegurado o en predios adyacentes. • Humo de un incendio originado en los predios ocupados por el Asegurado o en predios adyacentes. 	Según cuadro de Póliza, en función de las modalidades indicadas en la declaración de los Valores a Riesgo y las condiciones de la Póliza.
Coberturas Adicionales	
<input type="checkbox"/> Extensión de Cobertura	
<input type="checkbox"/> Motín, disturbios laborales y daños maliciosos	
<input type="checkbox"/> Terremoto	
<input type="checkbox"/> Daños por agua, Indique monto sólo si es primera pérdida (P.P.)	
<input type="checkbox"/> Inundación, Indique monto sólo si es primera pérdida (P.P.)	

<input type="checkbox"/> Demolición, remoción o limpieza de escombros, a primera pérdida (P.P.)	
<input type="checkbox"/> Reconstrucción de archivos, a primera pérdida (P.P.)	
<input type="checkbox"/> Honorarios de Arquitectos, Topógrafos e Ingenieros, a primera pérdida (P.P.)	
<input type="checkbox"/> Rotura de Vidrios y Anuncios	
<input type="checkbox"/> Deterioro de bienes de refrigerados o congelados	
<input type="checkbox"/> Pérdida de Renta N° de Meses _____	
<input type="checkbox"/> Perdidas Indirectas %	

D.- CLÁUSULAS

<input type="checkbox"/> Reposición a nuevo	<input type="checkbox"/> Cobertura fuera de las Edificaciones
<input type="checkbox"/> Cuidado, Control y Custodia	<input type="checkbox"/> Productos Elaborados
<input type="checkbox"/> Otra (Especifique)	<input type="checkbox"/> Otra (Especifique)

E.- IDENTIFICACIÓN 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:	A M.	<input type="checkbox"/>	Residencia	<input type="checkbox"/>	Comercio	<input type="checkbox"/>	Industria
Sur:	A M.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
Este:	A M.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
Oeste:	A M.	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			

El predio colinda con: Inmueble desocupado o abandonado Terreno sin edificar Obra en demolición

Rio o quebrada a _____ mts. Existe comunicación edificios colindantes Si No En caso afirmativo

¿Qué clase de comunicación? _____

¿Hay otros ocupantes del edificio? Si No En caso afirmativo indique la índole de actividad de cada ocupante:

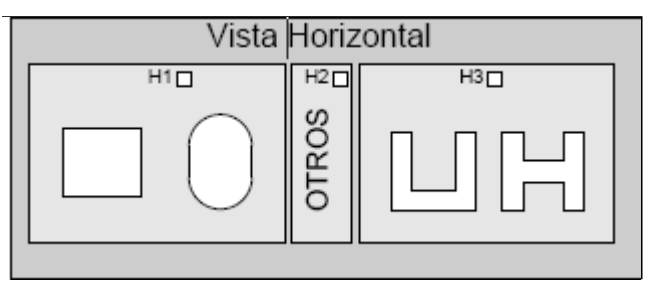
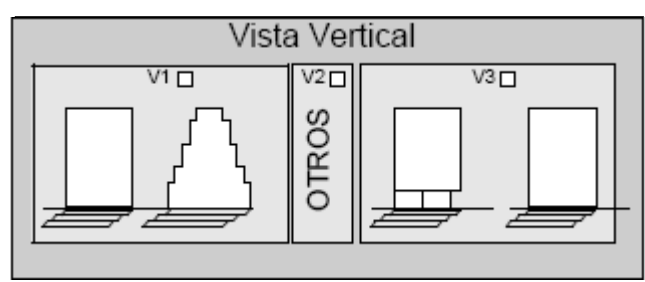
F.- TIPO DE CONSTRUCCIÓN

Estructura de: _____ Techos de: _____ Sobre: _____ Paredes de: _____

Entrepiso de: _____ Pisos de: _____ Cuantos pisos: _____

Materiales frágiles: Si No Mercancia predominante: _____ Clase de edificación: _____

Acabado de fachada: _____ Zona Sísmica: _____



G.- PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA INCENDIOS

Cantidad de Extintores de Incendio: _____ Almacenamiento de agua: _____ Lts.

¿Existen sistemas de detección y alarmas? Si No Reserva para incendios _____ Lts.

¿Tiene letreros indicando "Prohibido Fumar"? Si No ¿Tiene Rociadores? Si No

Cantidad de mangueras: _____ Diámetro: _____ Pulg.: _____

Distancia del Cuerpo de Bomberos: Km: _____ Min: _____

H.- INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

¿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.I. /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 Solicitante/Tomador/ Propuesto Asegurado

Huella dactilar de la mano
derecha o en su defecto,
de la mano izquierda

Nombre del Intermediario de Seguros

Firma del Intermediario de Seguros

Código