



C.A. DE SEGUROS

American International

R.I.F.: J-00053617-1

Inscrita en la Superintendencia de la Actividad Asegurada bajo el Nro. 66

**SOLICITUD DE SEGUROS
COMERCIAL PLUS – PÓLIZA COMBINADA DE PATRIMONIAL**

Nº Póliza:

I.- Datos de Identificación.

Tomador (Persona Natural)

Nacionalidad: <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> No Residente <input type="checkbox"/> Pasaporte	Nº C.I. / Nº Pasaporte:	Apellidos y Nombres:		
Lugar de Nacimiento:	Fecha de Nac.	Estado Civil: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V	Edad:	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Profesión Indique:	Oficio u Ocupación Indique: <input type="checkbox"/> Ejercicio independiente <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Socio	Ingreso Prom. Anual (Bs.): <input type="checkbox"/> < 10M <input type="checkbox"/> 10M - 20M <input type="checkbox"/> 20,01M - 30M <input type="checkbox"/> > 30M		
Tipo de Actividad: <input type="checkbox"/> Económica <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Comercial		Indique Ramo: (En el caso de que el tipo de actividad sea comercial)		

Tomador. (Persona Jurídica.)

Denominación de la Razón Social:	Fecha:	Nº Reg.:	Nº Tomo:
Nº R.I.F.:	Actividad a la cual se dedica:	Capacidad Económica Anual (Bs.): <input type="checkbox"/> < 10M <input type="checkbox"/> 10M - 20M <input type="checkbox"/> 20,01M - 30M <input type="checkbox"/> > 30M	

Asegurado (Persona Natural)

Nacionalidad: <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> No Residente <input type="checkbox"/> Pasaporte	Nº C.I. / Nº Pasaporte:	Apellidos y Nombres:		
Lugar de Nacimiento:	Fecha de Nac.	Estado Civil: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V	Edad:	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Profesión Indique:	Oficio u Ocupación Indique: <input type="checkbox"/> Ejercicio independiente <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Socio	Ingreso Prom. Anual (Bs.): <input type="checkbox"/> < 10M <input type="checkbox"/> 10M - 20M <input type="checkbox"/> 20,01M - 30M <input type="checkbox"/> > 30M		
Tipo de Actividad: <input type="checkbox"/> Económica <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Comercial		Indique Ramo: (En el caso de que el tipo de actividad sea comercial)		

Asegurado (Persona Jurídica.)

Denominación de la Razón Social:	Fecha:	Nº Reg.:	Nº Tomo:
Nº R.I.F.:	Actividad a la cual se dedica:	Capacidad Económica Anual (Bs.): <input type="checkbox"/> < 10M <input type="checkbox"/> 10M - 20M <input type="checkbox"/> 20,01M - 30M <input type="checkbox"/> > 30M :	

Representante Legal. (Si el Tomador es persona Jurídica)

Nacionalidad: V E N° C.I. / N° Pasaporte: Apellidos y Nombres:

No Residente Pasaporte

Cargo que Ocupa: N° Oficio (designado por la Junta Directiva.): Fecha:

Profesión Indique: Oficio u Ocupación Indique: Ingreso Prom. Anual (Bs.):

Ejercicio independiente Empleado Socio < 10 M 10M - 20M 20,01-30M >30M

Tipo de Actividad: Indique Ramo:

Económica Profesional Comercial (En el caso de que el tipo de actividad sea comercial)

Representante Legal. (Si el Asegurado es persona Jurídica)

N° C.I. / N° Pasaporte: Apellidos y Nombres:

Cargo que Ocupa: N° Oficio (designado por la Junta Directiva.):

Oficio u Ocupación Indique: Ingreso Prom. Anual (Bs.): < 10M 10M - 20M 20,01-30M >30M

Ejercicio independiente Empleado Socio

Tipo de Actividad: Indique Ramo:

Económica Profesional Comercial (En el caso de que el tipo de actividad sea comercial)

II.- Datos de la Dirección.

Tomador Persona Jurídica Persona Natural

Habitación.

Estado / Distrito:	Ciudad:	Municipio:	Parroquia:
Avenida:	Calle / Sector:	Urb. / Barrio	Edif. / Qta. / Casa:
Piso / Apto.:	Zona / Apdo. Postal:	Vivienda: <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Alquilada	Teléfono:
Celular:	Otro:	E-Mail:	

Oficina

Estado / Distrito:	Ciudad:	Municipio:	Parroquia:
Avenida:	Calle / Sector:	Urbanización:	Edif. / Torre:
Piso / Apto.:	Zona / Apdo. Postal:	Teléfono / Ext.:	Fax:

Asegurado Persona Jurídica Persona Natural

Habitación.

Estado / Distrito:	Ciudad:	Municipio:	Parroquia:
Avenida:	Calle / Sector:	Urb. / Barrio	Edif. / Qta. / Casa:
Piso / Apto.:	Zona / Apdo. Postal:	Vivienda: <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Alquilada	Teléfono:

Celular:	Otro:	E-Mail:	
Oficina			
Estado / Distrito:	Ciudad:	Municipio:	Parroquia:
Avenida:	Calle / Sector:	Urbanización:	Edif. / Torre:
Piso / Apto.:	Zona / Apdo. Postal:	Teléfono / Ext.:	Fax:

Indique la Dirección de Cobro (Habitación Oficina)

III.- Documentos a Consignar. (Fotocopia Legible)

Tomador / Asegurado. (Persona Natural) <input type="checkbox"/> Cédula de Identidad <input type="checkbox"/> Pasaporte (No Residente)	Tomador / Asegurado. (Persona Jurídica) Documento Constitutivo de la Empresa <input type="checkbox"/> Registro Mercantil (Estatutos Sociales) <input type="checkbox"/> Modificaciones Posteriores (Si aplica) <input type="checkbox"/> Registro de Información Fiscal (R.I.F.) Representante(s) Legal(es) / que aparezcan en el Registro Mercantil. <input type="checkbox"/> Cédula de Identidad <input type="checkbox"/> Pasaporte (No Residente) Registro Civil (Empresas No Domiciliadas en el País) <input type="checkbox"/> Poder Representante Legal (Legalizados por el consulado de la República Bolivariana de Venezuela en su respectivo País.) <input type="checkbox"/> Apostilla (Traducido por un interprete público al idioma castellano) <input type="checkbox"/> Registro del Inmueble.
--	---

IV.- Datos del (los) Beneficiarios Preferenciales (En caso de reserva de dominio o hipoteca)

Persona Jurídica Persona Natural

Razón Social:	Nº. R.I.F.:		
Nombre y Apellido:	C.I. / Pasaporte:	Fecha de Nac.:	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
			Edo. Civil: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V

V.- Datos del Comercio o Industria a Asegurar.

Estado / Distrito:		Ciudad:		Municipio:		Parroquia:	
Avenida:		Calle / Sector:		Urbanización:		Edif. / Torre.:	
Piso / Apto.:		Zona / Apdo. Postal:		Teléfono / Ext.:		Fax:	
E-Mail / Página Web:				Datos del Registro:		N° de Registro	
Fecha:		Tomo:	Protocolo:	Años de Construcción:		N° de pisos (incluyendo sótanos):	
N° localidades:		N° de Empleados:		Índole y descripción del Negocio:			

Linderos del inmueble, indique claramente las actividades ejercidas en los inmuebles colindantes o terrenos sin edificar, inmuebles desocupados, inválidos, abandonados o en ruinas obras en demolición o en proceso de construcción calles, edificios y actividad allí ejercida:

NORTE		Norte:	
CALLE	CALLE	Sur:	
OESTE	CALLE	Este:	
CALLE	CALLE	Oeste:	
SUR	CALLE		

¿Hay otros ocupantes en el inmueble? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, especifique nombre e índole de la actividad de los otros ocupantes:
--	---

VI.- Declaración sobre Predios y Operaciones.

Yo, como **Tomador** propuesto de la póliza Commercial Plus de **C.A. de Seguros American International**, declaro que el local a asegurar cumple con las normas COVENIN y que la estructura está construida sobre terreno apto para la construcción y su estructura está realizada con elementos resistentes al fuego (concreto, cemento, bloques de cemento o arcilla, frisados por ambos lados), y además cuenta con los elementos básicos de seguridad (puertas, cerraduras, ventanas). En cuanto al dinero y valores en el local asegurado producto de la actividad comercial descrita en esta solicitud, doy fé que durante el tiempo que se encuentran en los predios identificados en este documento, se encuentran resguardados en una caja registradora o caja fuerte, y que se realiza como mínimo un depósito bancario cada 24 horas efectuados por personas autorizadas por los representantes legales de la empresa. En horas no laborables se garantiza que el dinero y los valores quedan resguardados en caja fuerte o de seguridad debidamente cerrados.

VII.- Coberturas.

Coberturas:	Suma Asegurada Bs.:	Suma Asegurada		Deducibles
		Edificación	Contenido	
<input type="checkbox"/> Estructura <input type="checkbox"/> Mercancías <input type="checkbox"/> Equipos Electrónicos <input type="checkbox"/> Maquinarias <input type="checkbox"/> Otros Contenidos		100%		Según cotización
<input type="checkbox"/> Daños por agua		20%		
<input type="checkbox"/> Robo, asalto o atraco.			35%	

<input type="checkbox"/> Daños al local por robo, asalto y atraco	Hasta 50 UT de la suma asegurada de robo, asalto y atraco	
<input type="checkbox"/> Incremento de mercancía (cobertura automática)		10% Mercancía
<input type="checkbox"/> Mercancía en exhibición externa		5% Mercancía
<input type="checkbox"/> Daños a bienes en la intemperie		10%
<input type="checkbox"/> Pérdida a los efectos personales pertenecientes a el Asegurado en su carácter de persona natural, de socios empleados, clientes y terceros		2% por personas y hasta 10% varios afectados en un mismo siniestro
<input type="checkbox"/> Pérdidas Indirectas	30% del total de suma asegurada para contenido	
<input type="checkbox"/> Pérdidas directas Inundación	30% del total de suma asegurada para contenido	
<input type="checkbox"/> Pérdidas directas Terremoto	30% del total de suma asegurada para contenido	
<input type="checkbox"/> Pianos e instrumentos musicales		10%
<input type="checkbox"/> Daños a frescos y murales	5%	
<input type="checkbox"/> Gastos de Alquiler	300 UT	
<input type="checkbox"/> Gastos extraordinarios por: remoción de escombros, horarios de arquitectos, reconstrucción de archivos	160 UT por cada cobertura	
<input type="checkbox"/> Servi-comercio	Servicios	

Coberturas Opcionales (Favor tilde las coberturas que desea asegurar)	Suma Asegurada		Deducibles
	Edificación	Contenido	
<input type="checkbox"/> Terremoto o temblor de tierra.	100%		Según cotización
<input type="checkbox"/> Inundación	BS.		
<input type="checkbox"/> Vidrios y anuncios		BS.	
<input type="checkbox"/> Hurto		BS.	
<input type="checkbox"/> Fidelidad 3D: (límite por empleado será del 50%)			
<input type="checkbox"/> Infidelidad de los empleados			
<input type="checkbox"/> Pérdida dentro de los predios del asegurado			
<input type="checkbox"/> Pérdida fuera de los predios del asegurado			
<input type="checkbox"/> Falsificación de libranzas y papel moneda			
<input type="checkbox"/> Falsificación de depósitos bancarios			
<input type="checkbox"/> Rotura de maquinaria		BS	
<input type="checkbox"/> Daños a equipos electrónicos		BS	
<input type="checkbox"/> Responsabilidad civil extracontractual	BS.		
<input type="checkbox"/> Complemento de Responsabilidad civil extracontractual Responsabilidad Civil del Patrono Responsabilidad Civil de vehículos ajenos o alquilados Responsabilidad civil cruzada	30% del límite de cobertura de la responsabilidad		10% de la pérdida indemnizable con un mínimo equivalente a 10 UT
<input type="checkbox"/> Exceso RCE: Responsabilidad civil garajista	BS.		
<input type="checkbox"/> Responsabilidad civil empresarial	BS.		
<input type="checkbox"/> Exceso de responsabilidad civil empresarial:	10% de la SA de Empresarial		

Responsabilidad del empleador por negligencia		
<input type="checkbox"/> Exceso de responsabilidad civil empresarial: Asistencia legal y defensa penal	800 UT	
<input type="checkbox"/> Exceso de responsabilidad civil empresarial: Gastos médicos, quirúrgicos, hospitalarios y farmacéuticos	210 UT por empleado	
<input type="checkbox"/> Mercancía en tránsito		BS.
<input type="checkbox"/> Bienes Refrigerados		BS.
<input type="checkbox"/> Gastos Permanentes y ocasionales	BS.	
<input type="checkbox"/> Exceso de robo, asalto y atraco		BS.
<input type="checkbox"/> Terrorismo y Sabotaje	BS.	
<input type="checkbox"/> Ampliación reconstrucción de archivos		1%
<input type="checkbox"/> Ampliación daños al local		1%
<input type="checkbox"/> Ampliación remoción escombros		1%
<input type="checkbox"/> Muerte accidental con propósito criminal		BS. 64.500 por año y BS. 32.000 por evento

VIII Información Complementaria Cobertura Básica

Prevención y Protección contra Incendio.

	Si	No
1. ¿Tiene extintores de incendio?: En caso afirmativo, indique cantidad: _____.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Existen sistemas de detección?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Existen sistemas de alarma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Existen sistemas de hidratantes? En caso afirmativo, indique: ¿Con bomba propia? _____ ¿Cuántas mangueras? _____.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5. Tiene Rociadores Capacidad de almacenamiento de agua: _____ Lts. Reserva para incendios: _____ Lts.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6. Tanque a nivel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Tanque subterráneo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Tanque elevado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Tiene Letreros indicando "Prohibido Fumar"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Distancia del Cuerpo de Bomberos _____ Mts. Tiempo: _____ Min.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Prevención y Protección contra Robo, Asalto y/o Atraco.

	Si	No
1. ¿Tiene el local donde se encuentran los bienes asegurados rejillas de protección instaladas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Tiene sistema de alarma contra robo en el inmueble que contiene los bienes a asegurar? En caso afirmativo, indique los puntos protegidos con alarma: <input type="checkbox"/> Techo <input type="checkbox"/> Puertas Exteriores <input type="checkbox"/> Paredes Externas <input type="checkbox"/> Vitrinas o Vidrios <input type="checkbox"/> Ventanas <input type="checkbox"/> Pisos <input type="checkbox"/> Otros, especifique: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Están los sistemas de alarma conectados a una oficina de control de la empresa instaladora o de cuerpos de vigilancia o policiales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Cuenta el sistema de alarma con fuente auxiliar de energía que garantice su funcionamiento durante sesenta (60) horas consecutivas en caso de corte de suministro de electricidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Existen contrato de mantenimiento? En caso afirmativo, indique: Vigencia del contrato: Desde: _____ Hasta: _____. Nombre de la empresa: _____.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. ¿Utiliza custodia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Existe vigilancia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Armada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Permanente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Menos de 24 horas mínimo 8 horas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿En horas laborables?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Con reloj de control?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Registros Contables

	Si	No
1. ¿Se llevan los Libros de Contabilidad de acuerdo a la Ley?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Dónde se guardan los Libros de Contabilidad?	Fecha de último inventario físico:	
3. Se realiza auditoria en su empresa? En caso afirmativo indique: Con que Frecuencia: Anual Es realizado por :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IX Datos Adicionales Coberturas Opcionales.
(Llene sola información de las coberturas que vaya a contratar)

Mercancía en Tránsito.

Descripción de la mercancía:	Tipo de embalaje:	Principales zonas de distribución:
Cantidad de vehículos:	Límite por embarque:	

Responsabilidad Civil Garajista.

El local donde se encuentran los vehículos es : <input type="checkbox"/> Terreno <input type="checkbox"/> Local Cerrado <input type="checkbox"/> Sótano <input type="checkbox"/> Otros indique:	Capacidad de vehículos admisibles:
--	------------------------------------

Fidelidad de Empleados, Dinero en Tránsito y en Local.

1. Número de empleados:	¿Se verifican todos los datos contenidos en la solicitud de empleo?	Si	No
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Cantidad de dinero máxima que mantiene en la caja registradora BS:			
3. Mencione los medios de transporte que se emplean para realizar los traslados del dinero: <input type="checkbox"/> Vehículo público <input type="checkbox"/> Vehículo privado <input type="checkbox"/> Transporte blindado <input type="checkbox"/> Otros indique:			
4. Mencione el monto total de traslados ejecutados mensualmente Bs.			
5. Indique el nombre de los bancos donde se realizan los depósitos:			

Bienes Refrigerados.

1. Años de uso del equipo de refrigeración:

XII.- Información Complementaria.

Compañía de Seguros	Póliza Nro.	Vigencia

XIV.- Declaración de Fe.

Yo, _____, titular de la cédula de identidad Nro. _____, en mi carácter de _____ declaro que la información proporcionada en la presente solicitud, que formará parte integrante de la (s) póliza (s) en trámites de emisión, es enteramente conforme a la verdad y que no he hecho omisiones ni ocultado intencionalmente información necesaria para la correcta apreciación del riesgo.

Yo, el tomador, doy fé que el dinero utilizado para el pago de la prima de la póliza a suscribir, proviene de una fuente lícita por lo tanto no tiene relación alguna con dinero, capitales, bienes, haberes, valores o títulos, producto de las actividades ilícitas o de delitos de Legitimación de Capitales previstos en la Ley Orgánica contra la Delincuencia Organizada.

Asimismo, autorizo al Banco _____ para realizar el cargo a mi cuenta bancaria o tarjeta de crédito de la primera correspondiente a las coberturas contratadas y de acuerdo al fraccionamiento de pago seleccionado. También autorizo a la renovación anual automática de mi póliza y el correspondiente cargo de la prima ajustada, una vez indexadas las sumas aseguradas según el Índice General de Precios emitido por el Banco Central de Venezuela.

Firmado en _____ el día ____ del mes de _____ del año ____.

Firma del Representante Legal
del Tomador / Asegurado
(Persona Jurídica)

Cargo: _____

Firma del Tomador
(Persona Natural)

C.I.- _____

Firma del Asegurado
(Persona Natural)

C.I.- _____

Firma del Intermediario
de Seguros

Código N° _____

(Sello de la Compañía)

Aprobado por la Superintendencia de Seguros mediante Oficio N° 00012953 de Fecha 19/10/09