

Fecha: \_\_\_\_\_  
DD MM AAAA

**Solicitud de Seguros**

PREVISORA NEGOCIO       PREVISORA HOGAR       OTRO (INDICAR)

SOLICITUD PARA UN SOLO PRODUCTO, EN CASO DE SOLICITAR VARIOS, DEBE LLENAR UNA POR CADA UNO

Esta solicitud debe ser llenada en su totalidad, sin enmienda y debidamente firmada por El Tomador para evitar devolución con base en la información solicitada en esta planilla. La compañía tomará la decisión de aceptar o no la emisión de la póliza, es por ello que le agradecemos la veracidad en sus respuestas.

I. DATOS DEL TOMADOR			
1.1. Apellidos y nombres/Razón social		1.2. C.I./Pasaporte/R.I.F. V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	
		1.3. Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
1.4. Ingreso Promedio mensual (Bs.) <input type="checkbox"/> Hasta 1.500,00 Bs. <input type="checkbox"/> De 3.000,01 a 6.000,00 Bs. <input type="checkbox"/> Más de <input type="checkbox"/> De 1.500,01 a 3.000,00 Bs. <input type="checkbox"/> De 6.000,01 a 12.000,00 Bs. <input type="checkbox"/> 12.000,00 Bs.		1.5. Profesión u oficio (especifique)	
1.6. Tipo de actividad <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Libre ejercicio de la profesión <input type="checkbox"/> Socio		1.7. Teléfonos (indique mínimo dos) Hab.:      Ofic.:      Cel.:      Fax:	
Dirección de habitación u oficina			
1.8. Estado	1.9. Ciudad	1.10. Urb./Calle/Edif./Piso	
		1.11. Correo electrónico	
II. DATOS DEL PROPUESTO ASEGURADO			
2.1. Apellidos y nombres/Razón social		2.2. C.I./Pasaporte/R.I.F. V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	
		2.3. Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
2.4. Lugar de nacimiento	2.5. Fecha de nacimiento	2.6. Estado civil S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> Especifique: V <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	2.7. Profesión u oficio(especifique)
2.8. Empresa donde trabaja	2.9. Ingreso Promedio mensual (Bs.) <input type="checkbox"/> Hasta 1.500,00 Bs. <input type="checkbox"/> De 3.000,01 a 6.000,00 Bs. <input type="checkbox"/> Más de <input type="checkbox"/> De 1.500,01 a 3.000,00 Bs. <input type="checkbox"/> De 6.000,01 a 12.000,00 Bs. <input type="checkbox"/> 12.000,00 Bs.		
2.10. Tipo de actividad <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Libre ejercicio de la profesión <input type="checkbox"/> Socio		2.11. Teléfonos (indique mínimo dos) Hab.:      Ofic.:      Cel.:      Fax:.	
Dirección del riesgo asegurado:			
2.12. Estado	2.13. Ciudad	2.14. Urb./Calle/Edif./Piso	
		2.15. Correo electrónico	
2.16. La dirección de cobro es igual a la del riesgo asegurado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
En caso negativo, complete la información correspondiente a la dirección de cobro:			
2.17. Estado	2.18. Ciudad	2.19. Urb./Calle/Edif./Piso	
		2.20. Correo electrónico	
III. DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA (SI APLICA)			
3.1. Apellidos y nombres/Razón social		3.2. C.I./Pasaporte/R.I.F. V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	
		3.3. Actividad económica	
IV. COBERTURAS SOLICITADAS Y SUMAS ASEGURADAS			
4.1. _____			
SE ADJUNTA CORRESPONDENCIA ADICIONAL, RELACIÓN DE BIENES U OTRA INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA PARA LA EMISIÓN DE LA POLIZA <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

## V. OBSERVACIONES

## VI. DECLARACIÓN DEL TOMADOR

6.1. Yo, el propuesto asegurado certifico la exactitud y veracidad de todas las declaraciones arriba expresadas y que nada he omitido, ocultado o disimulado y estoy enterado que las falsedades y reticencias de mala fe por mi parte, debidamente probadas, serán causa de nulidad absoluta del contrato, si son de tal naturaleza que el asegurador de haberlo conocido, no hubiese contratado o lo hubiese hecho en otras condiciones.

Autorizo a C.N.A. de Seguros La Previsora, para requerir cualquier información relacionada a esta solicitud de seguros y relevo a los terceros, cuya información será requerida, de la obligación de guardar el secreto profesional y así como de toda responsabilidad que pudiera derivarse del uso que haga la aseguradora de tales informaciones.

Yo, \_\_\_\_\_, C.I. N°.: \_\_\_\_\_ en mi carácter de tomador de la póliza o, representante del tomador (persona jurídica con R.I.F. N°. \_\_\_\_\_), declaro: que el dinero que será utilizado para el pago de la prima, provendrá de una fuente lícita y por tanto no tiene relación alguna con dinero, capitales, bienes, haberes, valores o títulos, producto de las actividades o acciones derivadas de operaciones ilícitas, a las que se refiere la Ley Orgánica Contra la Delincuencia Organizada y Financiamiento al Terrorismo u otras leyes de la República Bolivariana de Venezuela.

Lugar \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

	TOMADOR	PROPUESTO ASEGURADO	
	<hr/>	<hr/>	
	Huella dactilar y firma	Huella dactilar y firma	

## VII. DECLARACIÓN DEL INTERMEDIARIO DE SEGUROS

7.1. Apellidos y Nombres: \_\_\_\_\_  
C.I. N°.: \_\_\_\_\_ V\_\_ E\_\_ código del intermediario \_\_\_\_\_.

Certifico que todos los datos registrados en la presente solicitud de seguros a mi leal saber y entender son ciertos, correctos, verificables y que las firmas que se avalan son auténticas y veraces.

Lugar \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Artículo 182, numeral 3, de la Ley de la Actividad Aseguradora: "Serán penados con prisión de dos (2) a seis (6) años:  
(....)

3. El intermediario de seguros, que haya incurrido en fraude en el ejercicio de sus funciones. Si el intermediario es una persona jurídica, la sanción por el ilícito se aplicará al presidente o presidenta, administradores o administradoras, ejecutivos o ejecutivas, directores o directoras, gerentes, factores y otros empleados o empleadas de rango similar, responsables del fraude".

\_\_\_\_\_  
Firma del Intermediario

## INSTRUCTIVO

<b>Título:</b>	Solicitud de Seguros Patrimoniales	Código: FRM-VSU-GPA-001
<b>Objetivo:</b>	Registrar los datos del solicitante de seguros para los productos patrimoniales, con el fin de analizar el riesgo para la emisión de la póliza.	
<b>Fecha:</b>	Indique la fecha en formato día, mes y año en que se realiza la solicitud de seguros.	
<input type="checkbox"/> Previsora Negocio <input type="checkbox"/> Previsora Hogar <input type="checkbox"/> Otro (Indicar)	Marque en la casilla correspondiente el seguro solicitado. En caso de seleccionar <input type="checkbox"/> Otro, por favor coloque el nombre.	
<b>I.- DATOS DEL TOMADOR</b>		
1.1	Apellidos y nombres/Razón social	Coloque nombres y apellidos o el nombre de empresa u organismo que solicita el seguro.
1.2	C.I./Pasaporte/R.I.F.	Seleccione: <input type="checkbox"/> Venezolano <input type="checkbox"/> Extranjero <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Jurídico <input type="checkbox"/> Gobierno Coloque el N°. de cédula de identidad o pasaporte del tomador o el N°. de registro de información fiscal (R.I.F.) en caso de ser empresa u organismo público.
1.3	Sexo	Marque el sexo del tomador del seguro.
1.4	Ingreso Promedio Mensual	Seleccione entre los rangos presentados, el ingreso promedio mensual que percibe el tomador del seguro.
1.5	Profesión u oficio (especifique)	Indique la profesión u oficio que ejerce el tomador.
1.6	Tipo de actividad	Seleccione de las opciones presentadas el tipo de actividad que realiza el tomador.
1.7	Teléfonos (indique mínimo dos)	Indique los números de teléfonos contacto de: Habitación, oficina, celular y fax del tomador. Indique mínimo dos (2)
Dirección de habitación u oficina		Área destinada para indicar la dirección de habitación u oficina del tomador del seguro.
1.8	Estado	Coloque el estado del país donde se encuentra habitualmente el tomador.
1.9	Ciudad	Indique la ciudad del estado anterior donde se encuentra habitualmente el tomador
1.10	Urb./Calle/Edif./Piso	Coloque el nombre de la urbanización, calle, edificio o casa, y el piso donde reside o trabaja el tomador
1.11	Correo electrónico	Coloque la dirección de correo electrónico del tomador del seguro.
<b>II.- DATOS DEL PROPUESTO ASEGURADO</b>		
2.1	Apellidos y nombres/Razón social	Coloque nombres y apellidos, o el nombre de empresa u organismo del propuesto asegurado.
2.2	C.I./Pasaporte/R.I.F.	Seleccione: <input type="checkbox"/> Venezolano <input type="checkbox"/> Extranjero <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Jurídico <input type="checkbox"/> Gobierno Coloque el N°. de cédula de identidad o pasaporte del tomador o el N°. de registro de información fiscal (R.I.F.) en caso de ser empresa u organismo público.
2.3	Sexo	Marque el sexo del propuesto asegurado.
2.4	Lugar de nacimiento	Coloque el lugar de nacimiento.
2.5	Fecha de nacimiento	Coloque la fecha completa de nacimiento.
2.6	Estado civil	Seleccione el estado civil del propuesto asegurado entre: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Otro
2.7	Profesión u oficio (especifique)	Indique la profesión u oficio del propuesto asegurado.
2.8	Empresa donde trabaja	Coloque el nombre de la empresa donde trabaja el propuesto asegurado.
2.9	Ingreso Promedio Mensual (Bs.)	Seleccione entre los rangos presentados, el ingreso promedio mensual que percibe el propuesto asegurado.
2.10	Tipo de actividad	Seleccione de las opciones presentadas el tipo de actividad a la que se dedica el propuesto asegurado.
2.11	Teléfonos (indique mínimo dos)	Indique los teléfonos contacto de: Habitación, oficina, celular y fax.
Dirección del riesgo asegurado		Área destinada para indicar la dirección del riesgo asegurado.
2.12	Estado	Coloque el estado donde se encuentra el riesgo asegurado.
2.13	Ciudad	Indique la ciudad del estado.
2.14	Urb./Calle/Edif./Piso	Coloque el nombre de la urbanización, la calle, el edificio o casa, y el piso donde reside o trabaja.
2.15	Correo electrónico	Coloque la dirección de correo electrónico del riesgo asegurado.
2.16	¿La dirección de cobro es igual a la dirección del riesgo asegurado?	Indique en el recuadro correspondiente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dirección de cobro		Área destinada para colocar la dirección de cobro.
2.17	Estado	Coloque el estado del país para el cobro.
2.18	Ciudad	Indique la ciudad del estado para el cobro.
2.19	Urb./Calle/Edif./Piso	Coloque el nombre de la urbanización, calle, edificio o casa, y el piso.
2.20	Correo electrónico	Coloque la dirección de correo electrónico.

<b>III.- DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA (SI APLICA)</b>		
3.1	Apellidos y nombres/Razón social	Coloque los apellidos y nombres del representante legal de la empresa.
3.2	C.I./Pasaporte/R.I.F.	Seleccione: <input type="checkbox"/> Venezolano <input type="checkbox"/> Extranjero <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Jurídico <input type="checkbox"/> Gobierno Coloque el N°. de cédula de identidad o pasaporte del representante legal o el N°. de registro de información fiscal (R.I.F.) en caso de ser empresa
3.3	Actividad económica	Indique la actividad económica a la que se dedica el representante legal
<b>IV.- COBERTURAS SOLICITADAS Y SUMAS ASEGURADAS</b>		
4.1	Coloque las coberturas con el límite en Bs. que desea asegurar. Anexe información complementaria en caso de requerirlo.	
<b>V.- OBSERVACIONES</b>		
Especifique datos adicionales que desea notificar de acuerdo al producto solicitado.		
<b>VI.- DECLARACIÓN DEL TOMADOR</b>		
6.1	Área destinada para colocar la declaración jurada del tomador del seguro en la que debe indicar los datos personales o R.I.F. en caso de ser persona jurídica. Coloque la fecha en que firma la declaración, huella dactilar y firma tanto del tomador del seguro como del propuesto asegurado.	
<b>VII.- DECLARACIÓN DEL INTERMEDIARIO</b>		
7.1	Área destinada para colocar la declaración jurada del intermediario de seguros. Debe indicar los datos personales, código del intermediario y la fecha en que se realiza la declaración, así como la firma del intermediario de seguros.	

<b>LISTADO DE LOS PRODUCTOS PATRIMONIALES</b>	
Incendio	Embarcación
Robo	Riesgos especiales
Responsabilidad civil general	Responsabilidad patronal
Fidelidad 3-D	Responsabilidad empresarial
Fidelidad	Mercancía en tránsito
Dinero y valores	Previsora negocio (riesgos comerciales)
Vidrios y cristales	Previsora negocio (riesgos industriales)
Avisos luminosos	Transporte terrestre
Cuadros y objetos de arte	Transporte marítimo y aéreo
Objetos valiosos	Seguro bancario
Equipo electrónico	Todo riesgo industrial
Rotura de maquinaria	Previsora hogar plus
Equipo de contratista	Previsora hogar plus (plan a primera pérdida)
Todo riesgo de construcción	Previsora hogar (canales alternos)
Montaje	Responsabilidad civil de embarcaciones de recreo
Aviación	

FRM-VSU-GPA-001