

## SOLICITUD DE SEGURO PÓLIZA DE TODO RIESGO DE CONSTRUCCIÓN

1. DATOS GENERALES DE EL TOMADOR <small>Los datos se complementan con la planilla de Actualización del Cliente.</small>		
1er. Nombre:	2do. Nombre:	C.I o R.I.F:
1er. Apellido:	2do. Apellido:	Apellido de casada:

2. DATOS GENERALES DEL PROPUESTO ASEGURADO <small>Lea y complete la información requerida.</small>			
2.1 Personas Naturales			
1er. Nombre:	2do. Nombre:	C.I o R.I.F:	
1er. Apellido:	2do. Apellido:	Apellido de casada:	
Sexo <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)	Profesión	Ocupación
Nombre de la Empresa donde trabaja actualmente	Relación de Trabajo <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Independiente	Cargo Actual	
Ingreso mensual (Bs.): <input type="checkbox"/> Hasta 800 <input type="checkbox"/> Entre 1.601 y 3.200 <input type="checkbox"/> Entre 4.801 y 6.000 <input type="checkbox"/> Entre 801 y 1.600 <input type="checkbox"/> Entre 3.201 y 4.800 <input type="checkbox"/> Más de 6.001	Patrimonio (Bs.): <input type="checkbox"/> Hasta 50.000 <input type="checkbox"/> Entre 50.001 y 200.000 <input type="checkbox"/> Más de 200.001		
Condición de la vivienda <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Alquilada <input type="checkbox"/> Hipotecada <input type="checkbox"/> Otras	Tipo de vivienda <input type="checkbox"/> Apartamento <input type="checkbox"/> Quinta <input type="checkbox"/> Casa		

2.2 Personas Jurídicas			
Tipo de Persona <input type="checkbox"/> Jurídica <input type="checkbox"/> Gubernamental	Actividad Económica <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Comercial <small>Especifique:</small>	R.I.F. N°:	N.I.T. N°
Nombre de la Compañía		Razón Social de la Compañía	
Datos del Registro Mercantil	Tomos	Número	Fecha
Nombre del Registro		Circunscripción Judicial	
Patrimonio (Bs.): <input type="checkbox"/> Hasta 50.000 <input type="checkbox"/> Entre 50.001 y 200.000 <input type="checkbox"/> Más de 200.001			

3. BENEFICIARIO <small>Lea y complete la información requerida</small>	
Nombre / Razón Social del Beneficiario:	C.I. o R.I.F.:
Nombre / Razón Social del Beneficiario:	C.I. o R.I.F.:

4. DATOS DE HABITACIÓN / DOMICILIO PRINCIPAL DEL PROPUESTO ASEGURADO					
País	Estado	Ciudad	Municipio		
Urbanización		Avenida / Calle / Transversal			
C.C. / Edificio / Torre / Casa / Quinta / Galpón		Piso / Nivel	Apto. / Oficina	Zona Postal	
Persona de Contacto					
Nombre:		Apellido:		C.I./Pasaporte/ R.I.F:	
Cargo:					
Tipo	Código de Área	Número (agregar extensión telefónica si es el caso)	Tipo	Código de Área	Número (agregar extensión telefónica si es el caso)
Habitación			Celular		
Oficina			Fax		
Direcciones Electrónicas					
Dirección E-mail (1)			Dirección E-mail (2)		

5. VIGENCIA DE LA PÓLIZA
Desde el ___ / ___ / ____ Hasta el ___ / ___ / ____ 12:00 m Hora Legal

6. INFORMACIÓN SOBRE UBICACIÓN DEL SITIO DE CONSTRUCCIÓN			
País:	Estado:	Ciudad:	Municipio:
Urbanización:		Avenida / Calle / Transversal:	

7. INFORMACIÓN SOBRE LA OBRA			
El propuesto asegurado es:	Fecha de Inicio de la obra:	Fecha de Culminación de la obra:	Tiempo estimado para la construcción:
<input type="checkbox"/> Acreedor <input type="checkbox"/> Contratista <input type="checkbox"/> Propietario			
Tipo de obra a ser asegurada:			
Breve descripción de la obra (detalle):			
Valor del contrato de construcción al término de la obra (detallar rubros y cantidades):			

8. DATOS DEL RIESGO (FACTORES QUE INCIDEN EN LA OBRA)	
Nombre y distancia del río, lago o mar mas próximo a la obra:	
Nivel del río o lago más próximo: <input type="checkbox"/> Bajo <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Alto	Nivel de excavación mas profunda:
Riesgo de temblor o terremoto:	
Condiciones geológicas, incluyendo subsuelo:	
Nivel del agua en el suelo (Nivel freático):	
Detalles de las edificaciones vecinas que puedan ser afectadas por los trabajos ejecutados en la Obra Asegurada:	

9. INFORMACIÓN SOBRE LA CONTRATISTA (Empresa o persona que realiza la construcción)	
Nombre de razón social:	Fecha de constitución:
Experiencia de las principales obras realizadas por la contratista:	
¿Las obras realizadas o en las que haya participado anteriormente esta contratista han sufrido siniestros? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

10. COBERTURAS		Seleccione las Coberturas que desea contratar e indique las sumas aseguradas	
COBERTURAS		Valor Total del contrato de construcción al término de la obra	
<input checked="" type="checkbox"/>	"A" (Básica)	Bs.:	
<input type="checkbox"/>	"B" (Terremoto o temblor de tierra)	La Suma Asegurada será igual a la de la Cobertura Básica "A"	
<input type="checkbox"/>	"C" (Inundación, tempestad)	La Suma Asegurada será igual a la de la Cobertura Básica "A"	
<input type="checkbox"/>	"D" (Mantenimiento del contrato de construcción)	La Suma Asegurada será igual a la de la Cobertura Básica "A"	
<input type="checkbox"/>	Mantenimiento ampliado Desde: _____ Hasta: _____	La Suma Asegurada será igual a la de la Cobertura Básica "A"	
<input type="checkbox"/>	Motín, disturbios populares, disturbios laborales y actos malintencionados	Suma Asegurada Bs.:	
OTROS INTERESES O BINES ASEGURADOS (NO IMPLICAN CAMBIO DE LA SUMA ASEGURADA ESTABLECIDA EN LA COBERTURA "A")			
<input type="checkbox"/>	Bienes almacenados fuera del sitio de construcción (Indicar la ubicación o predio de almacenamiento):		
COBERTURAS OPCIONALES (EN EXCESO A LA SUMA ASEGURADA DE LA COBERTURA "A")		SUMA ASEGURADA	
<input type="checkbox"/>	"E" (Responsabilidad civil extracontractual para daños materiales)	Suma Asegurada Bs.:	
<input type="checkbox"/>	"F" (Responsabilidad civil extracontractual para lesiones corporales)	Suma Asegurada Bs.:	
<input type="checkbox"/>	"G" (Remoción de escombros)	Suma Asegurada Bs.:	
<input type="checkbox"/>	"H" (Honorarios de arquitectos)	Suma Asegurada Bs.:	
<input type="checkbox"/>	Responsabilidad civil cruzada	Suma Asegurada incluida en la cobertura de responsabilidad civil de la póliza	
<input type="checkbox"/>	Gastos por horas extras, turnos nocturnos, días festivos y flete expreso	Suma Asegurada Bs.:	
<input type="checkbox"/>	Gastos por flete aéreo	Suma Asegurada Bs.:	
OTROS INTERESES O BINES ASEGURABLES (EN EXCESO A LA SUMA ASEGURADA DE LA COBERTURA "A")		SUMA ASEGURADA	
<input type="checkbox"/>	Oficinas y bodegas provisionales (anexar listado)	Suma Asegurada Bs.:	
<input type="checkbox"/>	Equipos y maquinarias de contratista (anexar listado)	Suma Asegurada Bs.:	
<input type="checkbox"/>	Maquinarias e instalaciones auxiliares (anexar listado)	Suma Asegurada Bs.:	
<input type="checkbox"/>	Herramientas (anexar listado)	Suma Asegurada Bs.:	
<input type="checkbox"/>	Propiedades existentes	Suma Asegurada Bs.:	

11. OTROS SEGUROS CONTRATADOS SOBRE EL (LOS) BIEN(ES) A ASEGURAR EN ESTA SOLICITUD			
Asegurador	Póliza Número	Vigencia de la Póliza	¿Fue anulada?
			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, indicar motivo:
			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, indicar motivo:
			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, indicar motivo:

12. RECLAMACIONES ANTERIORES SOBRE EL (LOS) BIEN(ES) A ASEGURAR EN ESTA SOLICITUD			
Asegurador	Motivo del Reclamo	Monto de la Pérdida	Fecha de Ocurrencia

13. DECLARACIONES DEL TOMADOR			
<p>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 el Financiamiento al Terrorismo, en la Actividad Aseguradora.</p> <p>Declaro (amos) (en nombre de mi representado) bajo juramento que la información suministrada es exacta, sin omisión de ningún detalle, hecho o circunstancia con el propósito de disminuir o aminorar la gravedad del riesgo o con la intención de cambiar su objeto.</p> <p>Autorizo (amos) la verificación de la misma, así como a suministrar información a terceros para fines de evaluación de riesgo. Queda entendido que la presente solicitud no otorga cobertura provisional, ni implica compromiso de aceptar la cotización de la Compañía.</p>			
Razón Social / Apellidos y Nombres:	Firma:	N° RIF / CI:	Lugar y Fecha:

14. INTERMEDIARIO		
Apellidos y Nombres:	Código:	Firma:
<p>Mercantil Seguros, C.A. - RIF: J-000901805 - NIT: 00000-185-6-2. Inscrita en el Registro Mercantil Primero de la Circunscripción Judicial del Distrito Federal y Estado Miranda, el 20-02-1974, bajo el Nro. 66, Tomo 7-A, autorizada por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora del Ministerio del Poder Popular de Planificación y Finanzas, bajo el Nro. 74. Dirección Sede Principal: Av. Libertador C/A Isaías "Látigo" Chávez, Edif. Seguros Mercantil, piso 6, Urb. Chacao, Z.P.  1060, Caracas - República Bolivariana de Venezuela. Telf. (0212) 276.2000. Apartado 61.618 (del Este) Z.P. 1060, Direc. Cable "Censeca". Telex 24119. Dirección Internet <a href="http://www.mercantilseguros.com">www.mercantilseguros.com</a></p>		

Sello y firma del Representante de <b>EL ASEGURADOR</b>	Firma de <b>EL TOMADOR</b>	Huella Dactilar de <b>EL TOMADOR</b>

**Aprobado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora**  
Según Oficio N° \_\_\_\_\_ de fecha \_\_\_\_\_