



CENIT S.A. DE SEGUROS

Modelo de Formulario de Inspección de Riesgos – Viviendas y Comercios

Versión: 01

Código : F-GT-ISO-03

Fecha : 11/08/2025

Pág. : 1 de 2



FORMULARIO DE INSPECCION DE RIESGOS

VIVIENDA- COMERCIO

N° de trámite: _____

SEGURO NUEVO:

RENOVACION:

ENDOSO:

DATOS GENERALES

ASEGURADO:

CI:

RUC:

DIRECCION PARTICULAR:

UBICACIÓN DEL RIESGO:

OBJETO A INSPECCIONAR:

VIVIENDA PARTICULAR: _____

NEGOCIO COMERCIAL: _____

NOMBRE DEL NEGOCIO:

ENTREVISTADO/ENCARGADO:

INFORMACION GENERAL-NEGOCIOS

Actividad:

Horarios de atención

Cantidad de funcionarios

otros datos

El local es:

Propio: _____

Alquilado: _____

Antigüedad de la instalación

datos de la construcción

Cuantas plantas posee

Posee altillo/entrepiso

_____ Material:

Estructura

Tipo de pared

Tipo de techo

Tipo de cielo raso

Tipo de piso

Techos

Ventanas

Puertas

OBSERVACIONES:

OCUPACION DE LINDEROS

Frente

Fondo

Costado derecho

Costado izquierdo

1

Uso exclusivo de Cenit seguros

Elaborado por
Ninfa Báez
Jefe de Análisis y
Emisión de Pólizas

Verificado por
Ana Molina
Gerente Técnico

Autorizado por
Blanca Aveiro
Gerente General

Aprobado por
Comité de Calidad

Fecha: 08/08/2025

Fecha: 08/08/2025

Fecha: 08/08/2025

Fecha: 11/08/2025



CENIT S.A. DE SEGUROS

Modelo de Formulario de Inspección de Riesgos – Viviendas y Comercios

Versión: 01

Código : F-GT-ISO-03

Fecha : 11/08/2025

Pág. : 2 de 2



FORMULARIO DE INSPECCION DE RIESGOS

VIVIENDA- COMERCIO

N° de trámite: _____

SEGURO NUEVO:

RENOVACION:

ENDOSO:

INSTALACIONES ELECTRICAS

Distribución (bajo caño o bandejas)	Ordenadas _____	Desordenadas _____
Tablero eléctrico con llaves electromagnéticas	SI: _____	NO: _____
Tipo de cables		
Proveedor ande		
Transformador	Marca y Modelo: _____	Potencia: _____
	lugar instalado: _____	
Generador	Marca y Modelo: _____	Potencia: _____
	lugar instalado: _____	
<input type="checkbox"/> En buen estado <input type="checkbox"/> Instalación antigua <input type="checkbox"/> Deficiente / Riesgoso		

SISTEMA DE PREVENCIÓN CONTRA INCENDIOS

Extintores: <input type="checkbox"/> No posee <input type="checkbox"/> Sí posee -Cantidad: ____ Tipo: <input type="checkbox"/> En buen estado <input type="checkbox"/> Con vencimiento al día <input type="checkbox"/> vencidos Detectores de humo o alarmas: <input type="checkbox"/> No posee <input type="checkbox"/> Sí posee – Funcionando correctamente	Salidas de emergencia (en negocios): <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/> Tiene y está señalizada <input type="checkbox"/> Tiene, pero no señalizada Posee Bocas de incendio <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No Tanque de agua <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No Rociador de agua <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No El Cuerpo de Bomberos más próximo _____ Km, tiempo de respuesta: _____ minutos _____ horas.
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

OTRAS MEDIDAS DE SEGURIDAD

Posee rejas:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Posee portones:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Posee cercado perimetral:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cuenta con vigilancia física (guardia de seguridad):	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____ Hs.
Cuenta con cámaras de seguridad (CCTV):	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cuenta con póliza de seguro vigente:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ; En que compañía. _____

ANTECEDENTES SINIESTRAL

En caso de siniestros habidos en los últimos 5 años
 Fecha: _____ Causa: _____
 Monto de pérdida: _____

Queda expresamente establecido que todo aquello que no haya sido inspeccionado, declarado o no se haya tenido acceso al momento de la visita, no se considerará dentro del análisis de riesgo ni estará comprendido dentro del alcance de cobertura, salvo que sea posteriormente declarado y aprobado por la compañía.

Fecha y Hora de la inspección:

Firma del Agente/Inspector.....
Aclaración:

Firma del Asegurado:
Aclaración:

Elaborado por Ninfa Báez Jefe de Análisis y Emisión de Pólizas	Verificado por Ana Molina Gerente Técnico	Autorizado por Blanca Aveiro Gerente General	Aprobado por Comité de Calidad
Fecha: 08/08/2025	Fecha: 08/08/2025	Fecha: 08/08/2025	Fecha: 11/08/2025