

PÓLIZA DE SEGURO DE DESHONESTIDAD, DESTRUCCIÓN Y DESAPARICIÓN SOLICITUD DE SEGURO



N° Solicitud

Emisión _____

Inclusión _____

Fecha: _____

INSCRITA EN LA SUPERINTENDENCIA DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA BAJO EL N° 103.

Datos del Tomador del Seguro y del Propuesto Asegurado

Tomador Persona Natural

Apellidos: _____		Nombres: _____	
Cédula / Pasaporte: V ___ E ___ N° _____		R.I.F.: _____ Nacionalidad: _____	
Lugar y Fecha de Nacimiento: _____		Sexo: F ___ M ___ Estado Civil: S ___ C ___ D ___ V ___ O ___	
Profesión: _____		Ocupación u Oficio _____	
Actividad Económica: Industrial Comercial ___ Gubernamental ___ Otra ___ Especifique: _____		Ingreso Promedio Anual: _____	
La actividad comercial la realiza como: Profesional Independiente ___ Socio ___ Empleado ___			
Dirección de Habitación: _____			
Urbanización / Zona / Sector: _____		Estado: _____	
Ciudad: _____ Municipio: _____		N° Teléfono: _____	
Dirección de Oficina: _____			
Urbanización / Zona / Sector: _____		Estado: _____	
Ciudad: _____ Municipio: _____		N° Teléfono: _____	
Correo Electrónico: _____ N° Teléfono Celular: _____			
Dirección de Cobro: _____			
Urbanización / Zona / Sector: _____		Estado: _____	
Ciudad: _____ Municipio: _____		N° Teléfono: _____	

Tomador Persona Jurídica

Denominación de la Razón Social: _____		R.I.F.: _____	
Siglas o Nombre Comercial: _____		Tipo de Persona: Privada ___ Pública ___	
Fecha Constitución: ___ / ___ / ___ Patrimonio: _____		N° Registro: _____ Tomo: _____	
Actividad Económica: Industrial Comercial ___ Gubernamental ___ Otra ___ Especifique: _____			
Nombres y Apellidos Representante Legal o Persona Contacto: _____			
Cédula / Pasaporte: V ___ E ___ N° _____		R.I.F.: _____ Nacionalidad: _____	
Actividad Comercial: _____			
Dirección de Oficina: _____			
Urbanización / Zona / Sector: _____		Estado: _____	
Ciudad: _____ Municipio: _____		N° Teléfono: _____	
Correo Electrónico: _____ N° Teléfono Celular: _____			
Dirección de Cobro: _____			
Urbanización / Zona / Sector: _____		Estado: _____	
Ciudad: _____ Municipio: _____		N° Teléfono: _____	

Propuesto Asegurado Persona Natural

Apellidos: _____		Nombres: _____	
Cédula / Pasaporte: V ___ E ___ N° _____		R.I.F.: _____ Nacionalidad: _____	
Lugar y Fecha de Nacimiento: _____		Sexo: F ___ M ___ Estado Civil: S ___ C ___ D ___ V ___ O ___	
Profesión: _____		Ocupación u Oficio _____	
Actividad comercial: (si es comerciante indique el ramo): _____		Ingreso Promedio Anual: _____	
La actividad comercial la realiza como: Profesional Independiente ___ Socio ___ Empleado ___			
Dirección de Habitación: _____			
Urbanización / Zona / Sector: _____		Estado: _____	
Ciudad: _____ Municipio: _____		N° Teléfono: _____	
Dirección de Oficina: _____			
Urbanización / Zona / Sector: _____		Estado: _____	
Ciudad: _____ Municipio: _____		N° Teléfono: _____	
Correo Electrónico: _____ N° Teléfono Celular: _____			

Propuesto Asegurado Persona Jurídica

Denominación de la Razón Social: _____		R.I.F.: _____	
Siglas o Nombre Comercial: _____		Tipo de Persona: Privada ___ Pública ___	
Fecha Constitución: ___ / ___ / ___ Patrimonio: _____		N° Registro: _____ Tomo: _____	
Actividad Económica: Profesional ___ Comercial ___ Industrial ___ Productos o servicios que ofrece: _____			
Dirección _____			
Urbanización / Zona / Sector: _____		Estado: _____	
Ciudad: _____ Municipio: _____		N° Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____	
Dirección de Cobro: _____			
Urbanización / Zona / Sector: _____		Estado: _____	
Ciudad: _____ Municipio: _____		N° Teléfono: _____	
Nombres y Apellidos Representante Legal: _____			
Cédula / Pasaporte: V ___ E ___ N° _____		R.I.F.: _____ Nacionalidad: _____	
Correo Electrónico: _____		N° Teléfono: _____ N° Teléfono Celular: _____	

Información General de la Póliza

Vigencia:	Desde: ___ / ___ / ___ (a las 12 m)	Fecha de Suscripción: ___ / ___ / ___	Frecuencia de Pago de la Prima	Anual ___ Semestral ___
	Hasta: ___ / ___ / ___ (a las 12 m)	Fecha de Movimiento: ___ / ___ / ___	Trimestral ___ Mensual ___	
Sucursal:				Moneda: _____

Información General del Riesgo

ral	Indole o Actividad: _____
	Tipo: Industrial ___ No Industrial ___ Almacén/Depósito ___ Oficina ___ Otro ___
Relación del Inmueble con el Asegurado: _____	

Gene
 ¿Se llevan los libros de Contabilidad de acuerdo a la Ley? Sí ___ No ___ Fecha del Inventario Físico más reciente: _____
 ¿Dónde se guardan los libros de Contabilidad Caja fuerte Bóveda _____ Tiempo mínimo de resistencia al fuego: _____
 Fecha del establecimiento de la firma contable: _____ Fecha del último inventario: _____
 Nombre de la anterior firma contable, de ser el caso: _____

Ubicación del Riesgo
 Estado: _____ Ciudad: _____ Municipio: _____
 Urbanización / Zona / Sector: _____ Avenida/Calle/Transversal: _____
 Centro Comercial/Edificio/Casa/Local: _____ Piso/Nivel / Oficina / N° Apto. / Casa: _____
 Linderos: Norte: _____ Sur: _____ Este: _____ Oeste: _____
 N° Teléfono / Fax: _____ Relación del Inmueble con el Asegurado: _____

Materiales de Construcción del
 Estructura: Concreto Armado ___ Hierro Revestido ___ Metálica sin revestimiento ___ Madera ___ Otro (especifique): _____
 Techos: Concreto Armado, ___ Hierro Revestido ___ Láminas de Zinc, Aluminio, Hierro o Asbesto
 Madera Láminas No Combustible ___ Otro ___ (especifique): _____
 Paredes: Ladrillo Macizo, Piedra, Concreto Armado ___ Hierro, Vidrio, Zinc ___ Madera, Bahareque, Láminas de Aluminio ___
 Otro ___ (especifique): _____
 Puertas: Hierro o Acero ___ Madera, Vidrio o Cristal ___ Láminas de Plástico ___ Puertas Tipo Multilock ___ Rejas Metálicas ___
 Puerta con Reja Normal ___ Otro ___ (especifique): _____
 Ventanas: Con Rejas tipo Multilock ___ Con Reja Normal ___ Otro ___ (especifique): _____
 Construcciones especiales: _____

¿Existen locales contiguos o conexos? En caso afirmativo, detalle su respuesta: _____
 ¿Los bienes a asegurar están contenidos en varios locales, ubicados en predios diferentes? Si ___ No ___ Número de Locales: _____
 ¿Colinda el inmueble que contiene los bienes asegurados con inmuebles desocupados, invadidos o abandonados o en ruinas, obras en demolición o proceso de construcción? En caso afirmativo, detalle su respuesta: _____

¿Posee el o los locales sistemas de alarmas? En caso afirmativo, detalle su respuesta: _____
 ¿Posee el o los locales vigilancia armada? En caso afirmativo, detalle su respuesta: _____
 ¿Tiene cajas fuertes? No ___ Si ___ , Cuántas e indique tipo, marca, modelo, peso, materiales de construcción, cerradura y serial: _____

¿Tiene Bóvedas? No ___ Si ___ , Cuántas e indique tipo, marca, modelo, materiales de construcción, cerradura y serial: _____

¿Cuántas cajas registradora tiene? No ___ Si ___ , Cuántas: _____
 ¿Cuántas cajas de guardar dinero con cerraduras con llave o candado tiene? No ___ Si ___ , Cuántas: _____

Indique los Sistemas de Prevención y Protección contra Incendio que posee el local: _____

Indique: Distancia del Cuerpo de Bomberos más cercano: Kilómetros: _____ Minutos: _____

Si los bienes asegurados se encuentran en varios locales, debe llenarse una solicitud por cada local

Número de empleados _____
 Monto de ventas brutas anuales _____
 Distancia aproximada entre el banco y el local _____
 ¿Diariamente se hacen depósitos bancarios? No ___ Si ___ , Cuántos? _____
 ¿Realiza depósitos nocturnos? No ___ Si ___ , Cuántos? _____
 ¿Diariamente se hacen retiros bancarios? _____
 ¿Realiza retiros nocturnos? No ___ Si ___ , Cuántos? _____
 ¿Utilizan custodia? No ___ Si ___ , indique tipo _____

Indique el número estimado anual de depósitos y retiros bancarios _____
 ¿Tiene cobradores? No ___ Si ___ , indique cantidad de dinero máxima en poder del cobrador: _____
 ¿Cuánto tiempo tiene cada cobrador en la empresa? _____
 Horario de trabajo del negocio _____
 Horario de trabajo de los cobradores _____
 Frecuencia de supervisión de los cobradores _____
 ¿El producto de la cobranza diaria se deja en el negocio o se deposita en el banco? _____
 ¿Se hacen los depósitos después de cierta cantidad o al final de la jornada? _____
 Indique el horario laboral autorizado por el Ministerio del Trabajo. _____

Si posee otro(s) contrato(s) de seguro que amparen los mismos bienes, responda las siguientes preguntas

Aseguradora	N° Contrato	Tipo de Póliza / Ramo	Vigencia	
			Desde: _____	Hasta: _____
			Desde: _____	Hasta: _____

Si ha tenido siniestros con anterioridad a la fecha de contratación de este seguro, responda las siguientes preguntas

Aseguradora	N° Contrato	Causa	Fecha	Monto Indemnizado

Bienes a Asegurar

Descripción _____

Coberturas a Contratar

SELECCIONE LOS CONVENIOS A CONTRATAR	SUMA ASEGURADA
CONVENIO I. FIDELIDAD DE EMPLEADOS _____	
CONVENIO II. PÉRDIDA DE DINERO Y VALORES DENTRO DEL LOCAL _____	
CONVENIO III. PÉRDIDA DE DINERO Y VALORES FUERA DEL LOCAL _____	
CONVENIO IV. FALSIFICACIÓN DE GIROS POSTALES Y PAPEL MONEDA _____	
CONVENIO V. FALSIFICACIÓN DE INSTRUMENTOS BANCARIOS _____	

Beneficiarios del Seguro (si son diferentes del Asegurado) _____

Apellidos y Nombres: _____ Cédula / Pasaporte / R.I.F. : V ___ E ___ N° ___
 Apellidos y Nombres: _____ Cédula / Pasaporte / R.I.F. : V ___ E ___ N° ___

Declaraciones

El Tomador y el Propuesto Asegurado declaran que la información aquí suministrada es exacta, sin omisión alguna de detalle, hecho o circunstancia, con el propósito de aminorar el riesgo, en el entendido que ésta servirá de base al **Asegurador** para la emisión de la póliza y el cobro de la prima correspondiente. Los riesgos empezarán a correr por cuenta del **Asegurador** a partir de la fecha indicada en el Cuadro Póliza Recibo.

Firma del Propuesto Asegurado (Personal Natural)	Huella	Pulgar del Asegurado	Firma del Representante Legal del Propuesto Asegurado (Personal Jurídica)	Huella	Pulgar del Representante Legal
---	--------	----------------------	--	--------	-----------------------------------

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.

Esta solicitud formará parte integrante de la póliza y el Asegurador estará obligado a entregar una copia al Tomador, conjuntamente con las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, el Cuadro Póliza Recibo, los anexos, si los hubiere, y demás documentos que formen parte del contrato de seguro.

Firmas	Firma del Tomador (Personal Natural)	Huella	Pulgar del Tomador	Firma del Representante Legal del Tomador (Personal Jurídica)	Huella	Pulgar del Representante Legal
--------	--------------------------------------	--------	--------------------	--	--------	-----------------------------------

Intermediario de la actividad aseguradora: _____ Código _____
 Sede Principal: Zda. Transversal de las Delicias de Sabana Grande, Av. Los Manquitos, Edif. Seguros Corporativo, Caracas-Venezuela. Teléfonos: (0212)762.4431/7194/1774/5642,
www.seguroscorporativos.com