

### 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: _____			
Ciudad: _____ Municipio: _____	Estado: _____		
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

General	Indole o Actividad: _____
	Tipo: Industrial ___ No Industrial ___ Almacén/Depósito ___ Oficina ___ Otro ___
	Relación del Inmueble con el Asegurado: _____
¿Se llevan los libros de Contabilidad de acuerdo a la Ley? Sí ___ No ___ Fecha del Inventario Físico más reciente: _____	

Ge	¿Dónde se guardan los libros de Contabilidad Caja fuerte <input type="checkbox"/> Bóveda <input type="checkbox"/>   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: _____		
Materiales de Construcción del	N° Teléfono / Fax: _____ Relación del Inmueble con el Asegurado: _____		
	Estructura: Concreto Armado <input type="checkbox"/> Hierro Revestido <input type="checkbox"/> Metálica sin revestimiento <input type="checkbox"/> Madera <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____		
	Techos: Concreto Armado, <input type="checkbox"/> Hierro Revestido <input type="checkbox"/> Láminas de Zinc, Aluminio, Hierro o Asbesto <input type="checkbox"/> Madera Láminas No Combustible <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> (especifique): _____		
	Paredes: Ladrillo Macizo, Piedra, Concreto Armado <input type="checkbox"/> Hierro, Vidrio, Zinc <input type="checkbox"/> Madera, Bahareque, Láminas de Aluminio <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> (especifique): _____		
	Puertas: Hierro o Acero <input type="checkbox"/> Madera, Vidrio o Cristal <input type="checkbox"/> Láminas de Plástico <input type="checkbox"/> Puertas Tipo Multilock <input type="checkbox"/> Rejas Metálicas <input type="checkbox"/> Puerta con Reja Normal <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> (especifique): _____		
	Ventanas: Con Rejas tipo Multilock <input type="checkbox"/> Con Reja Normal <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> (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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> , Cuántas e indique tipo, marca, modelo, peso, materiales de construcción, cerradura y serial: _____			
¿Tiene Bóvedas? No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> , Cuántas e indique tipo, marca, modelo, materiales de construcción, cerradura y serial: _____			
¿Cuántas cajas registradora tiene? No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> , Cuántas: _____			
¿Cuántas cajas de guardar dinero con cerraduras con llave o candado tiene? No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> , Cuántas: _____			
Indique los Sistemas de Prevención y Protección contra Incendio que posee el local: _____			
Indique: Distancia del Cuerpo de Bomberos más cercano: Kilómetros: _____ Minutos: _____			
<b>Si los bienes asegurados se encuentran en varios locales, debe llenarse una solicitud por cada local</b>			
Monto de ventas brutas anuales _____			
Distancia aproximada entre el banco y el local _____			
¿Diariamente se hacen depósitos bancarios? No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> , Cuántos? _____			
¿Realiza depósitos nocturnos? No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> , Cuántos? _____			
¿Diariamente se hacen retiros bancarios? _____			
¿Realiza retiros nocturnos? No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> , Cuántos? _____			
¿Utilizan custodia? No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> , indique tipo _____			
Indique el número estimado anual de depósitos y retiros bancarios _____			
¿Tiene cobradores? No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> , 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. _____			
<b>Si posee otro(s) contrato(s) de seguro que amparen los mismos bienes, responda las siguientes preguntas</b>			
Aseguradora	N° Contrato	Tipo de Póliza / Ramo	Valencia
			Desde: _____ Hasta: _____
			Desde: _____ Hasta: _____
<b>Si ha tenido siniestros con anterioridad a la fecha de contratación de este seguro, responda las siguientes preguntas</b>			
Aseguradora	N° Contrato	Causa	Fecha
			Monto Indemnizado
<b>Bienes a Asegurar</b>			
Descripción			Suma Asegurada
<b>Coberturas a Contratar</b>			
Cobertura Basica			Suma Asegurada
Dentro del local			
Fuera del local			
<b>Beneficiarios del Seguro (si son diferentes del Asegurado)</b>			
Apellidos y Nombres: _____		Cédula / Pasaporte / R.I.F. : V _____ E _____ N° _____	
Apellidos y Nombres: _____		Cédula / Pasaporte / R.I.F. : V _____ E _____ N° _____	
<b>Declaraciones</b>			
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 <b>Asegurador</b> para la emisión de la póliza y el cobro de la prima correspondiente. Los riesgos empezarán a correr por cuenta del <b>Asegurador</b> a partir de la fecha indicada en el Cuadro			
Firma del Propuesto Asegurado (Personal Natural)		Pulgar del Asegurado	Firma del Representante Legal del Propuesto Asegurado (Personal Jurídica)
			
			Pulgar del Representante
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 anexo, 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. Telefonos: (0212) 62.4431 / 1941174/5642, <a href="http://www.seguroscorporativos.com">www.seguroscorporativos.com</a>						