

## POLIZA DE SEGURO DE FIDELIDAD SOLICITUD DE SEGURO

N° Solicitud
Emisión _____
Inclusión _____
Exclusión _____
Fecha: _____

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

### Datos del Tomador del Seguro y del Propuesto Asegurado

<b>Tomador Persona Natural</b>	Apellidos: _____	Nombres: _____	
	Cédula / Pasaporte: V ___ E ___ N° _____	R.I.F.: _____	
	Lugar y Fecha de Nacimiento: _____	Nacionalidad: _____	
	Profesión: _____	Sexo: F ___ M ___ Estado Civil: S ___ C ___ D ___ V ___ O ___	
	Actividad Económica: Industrial Comercial ___ Gubernamental ___ Otra ___ Especifique: _____	Ocupación u Oficio _____	
	La actividad comercial la realiza como: Profesional Independiente ___ Socio ___ Empleado ___	Ingreso Promedio Anual: _____	
	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: _____		
<b>Tomador Persona Jurídica</b>	Denominación de la Razón Social: _____		
	Siglas o Nombre Comercial: _____	R.I.F.: _____	
	Fecha Constitución: ___ / ___ / ___	Tipo de Persona: Privada ___ Pública ___	
	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.: _____	
	Actividad Comercial: _____	Nacionalidad: _____	
	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: _____		
<b>Propuesto Asegurado Persona Natural</b>	Apellidos: _____	Nombres: _____	
	Cédula / Pasaporte: V ___ E ___ N° _____	R.I.F.: _____	
	Lugar y Fecha de Nacimiento: _____	Nacionalidad: _____	
	Profesión: _____	Sexo: F ___ M ___ Estado Civil: S ___ C ___ D ___ V ___ O ___	
	Actividad comercial: (si es comerciante indique el ramo): _____	Ocupación u Oficio _____	
	La actividad comercial la realiza como: Profesional Independiente ___ Socio ___ Empleado ___	Ingreso Promedio Anual: _____	
	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: _____		
<b>Propuesto Asegurado Persona Jurídica</b>	Denominación de la Razón Social: _____		
	Siglas o Nombre Comercial: _____	R.I.F.: _____	
	Fecha Constitución: ___ / ___ / ___	Tipo de Persona: Privada ___ Pública ___	
	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: _____		
	Urbanización / Zona / Sector: _____	Estado: _____	
Ciudad: _____ Municipio: _____	N° Teléfono: _____		
Nombres y Apellidos Representante Legal: _____			
Cédula / Pasaporte: V ___ E ___ N° _____	R.I.F.: _____		
Correo Electrónico: _____	N° Teléfono: _____		
	N° Teléfono Celular: _____		
<b>Información General de la Póliza</b>			
Vigencia:	Desde: ___ / ___ / ___ (a las 12 m)	Fecha de Suscripción: ___ / ___ / ___	Frecuencia de Pago de la Prima: Anual ___ Semestral ___ Trimestral ___ Mensual ___
	Hasta: ___ / ___ / ___ (a las 12 m)	Fecha de Movimiento: ___ / ___ / ___	Moneda: _____
<b>Información General del Riesgo</b>			
<b>General</b>	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 Bóveda		Tiempo mínimo de resistencia al fuego: _____	
	Fecha del establecimiento de la firma contable: _____		Fecha del último inventario: _____	
Ubicación del Riesgo	Nombre de la anterior firma contable, de ser el caso: _____			
	Estado: _____		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: _____				
Número de empleados _____				
Monto de ventas brutas anuales _____				
Horario de trabajo del negocio _____				
¿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	Vigencia
				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				
<b>Coberturas a Contratar</b>				
COBERTURA BASICA: FIDELIDAD DE EMPLEADOS			SUMA ASEGURADA	
Por cada empleado				
Por dos o más empleados obrando en colusión				
Por el total de los siniestros ocurridos durante la vigencia del contrato.				
<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 Póliza				
Firma del Propuesto Asegurado (Personal Natural)	Huella	Pulgar del Asegurado	Firma del Representante Legal del Propuesto Asegurado (Personal Jurídica)	Huella
				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 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: 2da. 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				