

Solicitud de Seguro Póliza de Seguro de Dinero y Valores y Fidelidad 3D

Datos del Tomador del Seguro, del Propuesto Asegurado y del Beneficiario

Tomador Persona Natural	Apellidos: _____ Nombres: _____
	Cédula / Pasaporte: V E N° _____ R.I.F.: _____ Nacionalidad: _____
	Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Sexo: F M Estado Civil: S C D V O
	Profesión u Oficio: _____
	Actividad comercial: (si es comerciante indique el ramo): _____ Ingreso Promedio Anual: _____
	La actividad comercial la realiza como: Profesional Independiente <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/>
	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: _____
	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 <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> N° _____ R.I.F.: _____ Nacionalidad: _____
	Actividad Comercial: _____ Ingreso Promedio Anual: _____
	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:	Apellidos: _____ Nombres: _____
	Cédula / Pasaporte: V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> N° _____ R.I.F.: _____ Nacionalidad: _____
	Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Sexo: F M Estado Civil: S C D V O
	Profesión u Oficio: _____
	Actividad comercial: (si es comerciante indique el ramo): _____ Ingreso Promedio Anual: _____
	La actividad comercial la realiza como: Profesional Independiente Socio Empleado <input type="checkbox"/>
	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: _____	

Información General del Riesgo

General	Clase: Industrial Comercial (No Industrial) Almacén o depósito Residencial
	Indole / Ocupación / Actividad : (Descripción ampliamente) _____
Ubicación del Riesgo	País: _____ Estado: _____ Ciudad: _____ Municipio: _____
	Urbanización / Zona / Sector: _____ Avenida/Calle/Transversal: _____
	Urbanización/Edificio/Casa: _____ Piso/Nivel: _____ N° Apto. / Casa: _____
	N° Teléfono / Fax: _____ Correo Electrónico: _____
	N° de Registro Mercantil: _____ Folio: _____ Tomo: _____ Fecha: _____

Otros Datos	Dinero y/o Valores son Guardados en: <input type="checkbox"/> Closet <input type="checkbox"/> Gavetas <input type="checkbox"/> En Cajas Fuertes <input type="checkbox"/> Otros muebles	
	Cantidad de Empleados que manejan Dinero y/o Valores: _____ Total de Empleados: _____	
	Si Usa Caja Fuerte Indicar	
	Peso: _____ Marca: _____ Tiene Combinación: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tiene Llave: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Es Empotrada: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
	¿Se llevan Libros Contables: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> De ser Afirmativo, se guardan en: <input type="checkbox"/> Closet <input type="checkbox"/> Gavetas <input type="checkbox"/> En Cajas Fuertes <input type="checkbox"/> Otros muebles	
Frecuencia con que realiza los depositos: Diario <input type="checkbox"/> Interdiario <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Especifique: _____		
Sistema de Prevención y Protección		
<input type="checkbox"/> Vigilancia Armada sin reloj de control <input type="checkbox"/> Alarma sin conexión a empresa instaladora o cuerpo de vigilancia		
<input type="checkbox"/> Vigilancia Armada con reloj de control <input type="checkbox"/> Alarma con conexión a empresa instaladora o cuerpo de vigilancia		

COBERTURAS SOLICITADAS

Convenio de Seguros	Limitado de Responsabilidad por Empleado	Sumas Aseguradas
I. Cobertura de Infidelidad de Empleado <input type="checkbox"/>		
II. Cobertura de Pérdida de Dinero y Valores dentro del Local <input type="checkbox"/>		
III. Cobertura de Pérdida de Dinero y Valores en Tránsito <input type="checkbox"/>		
IV. Cobertura por Falsificación de Giros Postales o Papel Moneda <input type="checkbox"/>		
V. Cobertura de Falsificación de Instrumentos Bancarios <input type="checkbox"/>		

Información General del Seguro Solicitado

Vigencia:	Desde: / / (a las 12 m	Fecha de Suscripción: / /	Frecuencia de Pago	Anual <input type="checkbox"/>	Semestral <input type="checkbox"/>
	Hasta: / / (a las 12 m	Fecha de Movimiento: / /		Trimestral <input type="checkbox"/>	Mensual <input type="checkbox"/>
Intermediario de Seguros: _____		Código: _____	Moneda: _____	Sucursal: _____	

Si posee otro(s) contrato(s) de seguro que amparen los mismos riesgos, 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
			/ /	
			/ /	
			/ /	

Declaraciones

En mi carácter de solicitante de la póliza o en representación de éste, declaro 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.

Apellidos y Nombres del Propuesto ASEGURADO TITULAR	N° Cédula del Propuesto ASEGURADO TITULAR	Firma del Propuesto ASEGURADO TITULAR	Huella	Pulgar del Propuesto ASEGURADO TITULAR
Fecha: / /				

Como Tomador, doy fe que los recursos utilizados para el pago de la prima del presente seguro proviene de una fuente lícita y por lo tanto no tiene relación alguna con dinero, capitales, bienes, haberes, valores o títulos producto de la actividades o acciones derivadas de operaciones ilícitas.

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

Firmas	Intermediario de Seguro:	Por el Tomador / Solicitante	Huella	El Representante Legal (en caso que lo amerite)	Pulgar del Tomador
	Fecha: / /	Fecha: / /		Fecha: / /	