



Inscrita en la Superintendencia de la Actividad Aseguradora
bajo el N°. 107 RIF J-30052236-9

SOLICITUD DE SEGURO PÓLIZA DE SEGURO DE DINERO Y VALORES

Con base a la información suministrada a continuación, el Asegurador debe decidir si acepta o no el riesgo,
el riesgo, debido a esto agradecemos llenar la solicitud en todas sus partes.

DATOS DEL PROPUESTO ASEGURADO											
1er. Apellido		2do. Apellido		1er. Nombre		2do. Nombre					
C.I. / R.I.F. / Pasaporte:		Nacionalidad:		Estado civil:		F/Nacimiento:		Sexo:		Profesión:	
		V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>		S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>		__/__/____ dd/mm/aaaa		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>			
Actividad Económica:		Industrial <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Gubernamental <input type="checkbox"/>		Area o Ramo:		Ingreso Promedio Anual Bs.:					
Oficio u Ocupación:		Socio <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Ejercicio Independiente <input type="checkbox"/>		Cargo:							
Dirección de Habitación:		Casa:		Edificio:		Apto.:					
Piso:		Avenida:		Calle/Transversal/Vereda:							
Urbanización:		Ciudad:		Parroquia:							
Municipio:		Estado:		Cod. Postal:							
Teléfono: ()		Fax: ()		E-Mail:							
Dirección de Oficina:		Casa:		Edificio:		Apto./Oficina:					
Piso:		Avenida:		Calle/Transversal/Vereda:							
Urbanización:		Ciudad:		Parroquia:							
Municipio:		Estado:		Cod. Postal:							
Teléfono: ()		Fax: ()		E-Mail:							
En caso de ser Persona Jurídica, Datos Corporativos:											
Razón Social:		Nombre Comercial:		N° de Registro Mercantil:		F/Registro:					
Datos del Representante Legal:											
1er. Apellido		2do. Apellido		1er. Nombre		2do. Nombre					
C.I. / R.I.F. / Pasaporte:		Nacionalidad:		Sexo:		F/Nacimiento:		Estado civil:		Ingreso Promedio Anual Bs.:	
		V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		__/__/____ dd/mm/aaaa		S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>			
Profesión:		Oficio u Ocupación:		Socio <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Ejercicio Independiente <input type="checkbox"/>		Cargo:					
Dirección de Habitación:		Casa:		Edificio:		Apto.:					
Piso:		Avenida:		Calle/Transversal/Vereda:							
Urbanización:		Ciudad:		Parroquia:							
Municipio:		Estado:		Cod. Postal:							
Teléfono: ()		Fax: ()		E-Mail:							
Dirección de Oficina:		Casa:		Edificio:		Apto./Oficina:					
Piso:		Avenida:		Calle/Transversal/Vereda:							
Urbanización:		Ciudad:		Parroquia:							
Municipio:		Estado:		Cod. Postal:							
Teléfono: ()		Fax: ()		E-Mail:							
DATOS DEL TOMADOR (De ser diferente al PROPUESTO ASEGURADO)											
1er. Apellido		2do. Apellido		1er. Nombre		2do. Nombre					
C.I. / R.I.F. / Pasaporte:		Nacionalidad:		Tipo de Persona:		Estado civil:		Sexo:		F/Nacimiento:	
		V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>		Natural <input type="checkbox"/> Jurídica <input type="checkbox"/>		S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		__/__/____ dd/mm/aaaa	
Actividad Económica:		Industrial <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Gubernamental <input type="checkbox"/>		Area o Ramo:		Ingreso Promedio Anual Bs.:					
Profesión:		Oficio u Ocupación:		Socio <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Ejercicio Independiente <input type="checkbox"/>		Cargo:					
Dirección de Habitación:		Casa:		Edificio:		Apto.:					
Piso:		Avenida:		Calle/Transversal/Vereda:							
Urbanización:		Ciudad:		Parroquia:							
Municipio:		Estado:		Cod. Postal:							
Teléfono: ()		Fax: ()		E-Mail:							

Dirección de Oficina:		Casa:	Edificio:	Apto./Oficina:	
Piso:	Avenida:		Calle/Transversal/Vereda:		
Urbanización:		Ciudad:		Parroquia:	
Municipio:		Estado:		Cod. Postal:	
Teléfono: ()		Fax: ()		E-Mail:	
En caso de ser Persona Jurídica, Datos Corporativos:					
Razón Social:		Nombre Comercial:		Nº de Registro Mercantil:	F/Registro:
Datos del Representante Legal:					
1er. Apellido		2do. Apellido		1er. Nombre	
2do. Nombre		C.I. / R.I.F. / Pasaporte:		Nacionalidad:	
Sexo:		F/Nacimiento:		Estado civil:	
V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	
Profesión:		Oficio u Ocupación:		Cargo:	
		Socio <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Ejercicio Independiente <input type="checkbox"/>			
Dirección de Habitación:					
Casa:		Edificio:	Apto.:		
Piso:	Avenida:		Calle/Transversal/Vereda:		
Urbanización:		Ciudad:		Parroquia:	
Municipio:		Estado:		Cod. Postal:	
Teléfono: ()		Fax: ()		E-Mail:	
Dirección de Oficina:					
Casa:		Edificio:	Apto./Oficina:		
Piso:	Avenida:		Calle/Transversal/Vereda:		
Urbanización:		Ciudad:		Parroquia:	
Municipio:		Estado:		Cod. Postal:	
Teléfono: ()		Fax: ()		E-Mail:	
DIRECCIÓN DE COBRO					
Casa:		Edificio:	Apto./Oficina:		
Piso:	Avenida:		Calle/Transversal/Vereda:		
Urbanización:		Ciudad:		Parroquia:	
Municipio:		Estado:		Cod. Postal:	
Teléfono: ()		Fax: ()		E-Mail:	
DATOS DE LOS BIENES ASEGURABLES (Llenar esta sección por cada localidad)					
Clase: Industrial <input type="checkbox"/> Comercial (No Industrial) <input type="checkbox"/> Almacén o depósito <input type="checkbox"/> Residencial <input type="checkbox"/>					
Indole / Ocupación / Actividad: (Describir ampliamente)					
Ubicación del Riesgo:					
Casa:		Edificio:	Apto./Oficina:		
Piso:	Avenida:		Calle/Transversal/Vereda:		
Urbanización:		Ciudad:		Parroquia:	
Municipio:		Estado:		Cod. Postal:	
Teléfono: ()		Fax: ()		Correo Electronico:	
Nº de Registro Mercantil:		Folio:	Tomo:	Fecha:	
Otros datos:					
Dinero y/o Valores son Guardados en:		Closet <input type="checkbox"/>	Otro mueble <input type="checkbox"/>	Cantidad de Empleados que manejan Dinero y/o Valores:	
Gaveta <input type="checkbox"/>		En caja fuerte <input type="checkbox"/>		Total de Empleados:	
Si usa caja Fuerte Indique:		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 de contabilidad? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> de ser afirmativo, se guardan en:					
		Closet <input type="checkbox"/>	Otro mueble <input type="checkbox"/>		
		Gaveta <input type="checkbox"/>	En caja fuerte <input type="checkbox"/>		
Frecuencia con que realiza los depósitos: Diaria <input type="checkbox"/> Interdiaria <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> especifique:					
Sistemas de Prevención y Protección:					
Vigilancia Armada sin reloj de control <input type="checkbox"/>		Alarma sin conexión a empresa instaladora o cuerpos de vigilancia <input type="checkbox"/>		Alarma con conexión a empresa instaladora o cuerpos de vigilancia <input type="checkbox"/>	
Vigilancia Armada con reloj de control <input type="checkbox"/>					
COBERTURAS					
Dentro del Locales				SUMA ASEGURADA	
En Tránsito					
OTROS SEGUROS SOBRE LOS MISMOS BIENES A ASEGURAR					
Pólizas Vigentes:					
NRO. PÓLIZA		NOMBRE DE LA EMPRESA		FECHA DE VENCIMIENTO	
Siniestros:					
FECHA DE OCURRENCIA		CAUSA DEL SINIESTRO		MONTO RECLAMADO	

DECLARACIONES y AUTORIZACIONES**Yo, el PROPUESTO ASEGURADO,**

* Declaro que he leído cuidadosamente y totalmente, una a una, todas las preguntas y respuestas consignadas en esta solicitud de seguro y que ellas son verdaderas, amplias, completas y exactas.

* Declaro que no he omitido ni disimulado, ningún hecho ni circunstancias que puedan modificar la opinión del Asegurador sobre el riesgo a correr por el Seguro solicitado.

* Declaro que el email suministrado me pertenece e identifica plenamente, por lo que autorizo expresamente al Asegurador para enviarme todos los documentos que forman parte del contrato y cualquier comunicación pertinente por este medio.

* Autorizo a las Empresas o Instituciones, para suministrar al Asegurador, todos los datos que posean antes o después del siniestro.

* Autorizo expresamente al Asegurador, a recabar cualquier información relacionada con los riesgos y a verificar los datos de esta Solicitud de Seguro.

* En caso de que proceda la indemnización con ocasión de algún siniestro, Autorizo expresamente al Asegurador, a la realización del pago a través de transferencias bancarias, en cuyo caso me comprometo a enviar el respectivo acuse de recibo en un lapso de veinticuatro (24) horas contadas desde la recepción del referido pago.

Yo, el TOMADOR de la Póliza ,

* 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 previstas en las Normas sobre Prevención, Control y Fiscalización de los Delitos de Legitimación de Capitales y el Financiamiento al Terrorismo, en la Actividad Aseguradora.

Lugar: _____ Fecha: ____ / ____ / ____.
dd / mm / aaaa

Firmas y Huellas :

EI TOMADORHuella Dactilar
(Pulgar Derecho)
o en su defecto
Pulgar Izquierdo**PROPUESTO ASEGURADO**Huella Dactilar
(Pulgar Derecho)
o en su defecto
Pulgar Izquierdo**Intermediario (es):**

Apellido(s) y Nombres:	Código N°:	(%) Porc. de Participación:	Firma:

Para la suscripción de la Póliza se debe anexar a esta Solicitud de Seguro:

Persona Natural:	Persona Jurídica:	
a. Copia fotostática de la Cédula de Identidad laminada.	a. Copia fotostática del Registro de Información Fiscal (RIF).	c. Copia del documento de identidad del representante legal y documento de su nombramiento (cédula de identidad, pasaporte, RIF, entre otros)
b. Copia fotostática del Registro de Información Fiscal (RIF).	b. Acta constitutiva y estatutos sociales de la empresa, con sus correspondientes modificaciones, cuando sea el caso.	d.- Cualquier otro documento relacionado con el cliente y sus actividades.

Avenida Libertador con Calle Negrín, Centro Comercial Av. Libertador, Pisos 2, 3 y PH. Urb. La Florida, Caracas, Distrito Capital
Aprobado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante Providencia N° FSAA-1-1-000582-2021 de fecha 15 de diciembre de 2021

