



## SOLICITUD DE SEGURO DE SUSTRACCIÓN ILEGITIMA

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

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: V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	Estado civil: S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>		F/Nacimiento: _ / _ / _ dd / mm / aaaa	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Profesión:
Actividad Económica:	Independiente <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Societaria <input type="checkbox"/>	Lugar de Nacimiento:		Area o Ramo:	Ingreso Anual Bs.:	
Oficio u Ocupación:		Socio <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Ejercicio Independiente <input type="checkbox"/>			Cargo:	
<b>Dirección de Habitación:</b>		Casa:	Edificio:		Apto.:	
Piso:	Avenida:		Calle/Transversal/Vereda:			
Urbanización:			Ciudad:		Parroquia:	
Municipio:			Estado:		Cod. Postal:	
Teléfono: ( )			Fax: ( )		E-Mail:	
<b>Dirección de Oficina:</b>		Casa:	Edificio:		Apto./Oficina:	
Piso:	Avenida:		Calle/Transversal/Vereda:			
Urbanización:			Ciudad:		Parroquia:	
Municipio:			Estado:		Cod. Postal:	
Teléfono: ( )			Fax: ( )		E-Mail:	
<b>En caso de ser Persona Jurídica, Datos Corporativos:</b>						
Razón Social:		Nombre Comercial:		Nº de Registro Mercantil:	F/Registro: _ / _ / _	
Utilidad del ejercicio económico inmediatamente anterior (cuando aplique):				Patrimonio según el último estado de resultados o estados de ganancias y pérdidas:		
<b>Datos del Representante Legal:</b>						
1er. Apellido		2do. Apellido		1er. Nombre		2do. Nombre
C.I. / R.I.F. / Pasaporte:	Nacionalidad: V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	F/Nacimiento: _ / _ / _ dd / mm / aaaa	Estado civil: S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>		Ingreso Promedio Anual Bs.:
Profesión:	Oficio u Ocupación:		Profesional <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Industrial <input type="checkbox"/>			Cargo:
<b>Dirección de Habitación:</b>		Casa:	Edificio:		Apto.:	
Piso:	Avenida:		Calle/Transversal/Vereda:			
Urbanización:			Ciudad:		Parroquia:	
Municipio:			Estado:		Cod. Postal:	
Teléfono: ( )			Fax: ( )		E-Mail:	
<b>Dirección de Oficina:</b>		Casa:	Edificio:		Apto./Oficina:	
Piso:	Avenida:		Calle/Transversal/Vereda:			
Urbanización:			Ciudad:		Parroquia:	
Municipio:			Estado:		Cod. Postal:	
Teléfono: ( )			Fax: ( )		E-Mail:	
<b>DATOS DEL TOMADOR ( De ser diferente al PROPUESTO ASEGURADO)</b>						
1er. Apellido		2do. Apellido		1er. Nombre		2do. Nombre
C.I. / R.I.F. / Pasaporte:	Nacionalidad: V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	Tipo de Persona: Natural <input type="checkbox"/> Jurídica <input type="checkbox"/>		Estado civil: S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	F/Nacimiento: _ / _ / _ dd / mm / aaaa
Actividad Económica:	Independiente <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Societaria <input type="checkbox"/>	Lugar de Nacimiento:		Area o Ramo:	Ingreso Anual Bs.:	
Profesión:	Oficio u Ocupación:		Socio <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Ejercicio Independiente <input type="checkbox"/>			Cargo:
<b>Dirección de Habitación:</b>		Casa:	Edificio:		Apto.:	
Piso:	Avenida:		Calle/Transversal/Vereda:			
Urbanización:			Ciudad:		Parroquia:	
Municipio:			Estado:		Cod. Postal:	
Teléfono: ( )			Fax: ( )		E-Mail:	
<b>Dirección de Oficina:</b>		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: V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	F/Nacimiento: dd/mm/aaaa	Estado civil: S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	Ingreso Promedio Anual Bs.:
Profesión:	Oficio u Ocupación:		Profesional <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Industrial <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:
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:	
<b>ESTRUCTURA</b>	Concreto Armado, Hierro Revestido de concreto armado <input type="checkbox"/>		Metálica sin Revestimiento. <input type="checkbox"/>	Madera <input type="checkbox"/>	
<b>TECHO</b>	Concreto Armado, Placas de Concreto, Platabanda. Podrá permitirse hasta un 10% de su área construida de materiales "No combustibles". <input type="checkbox"/>		Láminas de Zinc, Aluminio, Hierro o Asbestos. Podrá permitirse hasta un 10% de su área construida de materiales plásticos. <input type="checkbox"/>	Madera, láminas "No combustibles" sobre armazón de madera y/o caña, láminas tratadas con aislantes combustibles. <input type="checkbox"/>	
<b>PARED</b>	Ladrillo Macizo, Piedra, concreto Armado, Bloques macizos de Arcilla o de cemento huecos frisados por ambos lados. <input type="checkbox"/>		Hierro, Vidrio, Zinc, Bloques de arcillas, o de cemento huecos y bloques de ventilación, asbesto. <input type="checkbox"/>	Madera, Bahareque, Caña Laminas de aluminio, cartón prensado, madera comprimida y similares. <input type="checkbox"/>	
<b>Linderos:</b>	<b>Norte</b>	Descripción:			
		Indole o Actividad:			
		Distancia:			
	<b>Sur</b>	Descripción:			
		Indole o Actividad:			
		Distancia:			
	<b>Este</b>	Descripción:			
		Indole o Actividad:			
	Distancia:				
<b>Oeste</b>	Descripción:				
	Indole o Actividad:				
	Distancia:				
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"/>					
VALORES A RIESGO ASEGURABLES ( Llenar esta sección por cada localidad)					
BIENES POR ASEGURAR			100% VALORES A RIESGO		% de 1er. Riesgo Relativo
1. Efectos Personales					
2. Maquinarias y Equipos Industriales					
3. Instalaciones					
4. Existencias					
5. Suministros					
6. Mejoras o Bienhechurías					
7. Mobiliario					
<b>TOTAL VALORES</b>					

COBERTURAS SOLICITADAS		SUMA ASEGURADA
Básica	Nro. Locales:	Según % de 1er. Riesgo antes indicado.
Daños a la Edificación		
<b>COBERTURA OPCIONAL (EL TOMADOR no está obligado a contratar las coberturas aquí señaladas)</b>		
Asalto o Atraco	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Según % de 1er. Riesgo antes indicado.
<b>BENEFICIARIO PREFERENCIAL</b>		
Nombre y Apellido/ Razón Social:		C.I. / R.I.F./ Pasaporte:
<b>OTROS SEGUROS SOBRE LOS MISMOS BIENES A ASEGURAR</b>		
<b>Pólizas Vigentes:</b>		
<b>NRO. PÓLIZA</b>	<b>NOMBRE DE LA EMPRESA</b>	<b>FECHA DE VENCIMIENTO</b>
<b>Siniestros:</b>		
<b>FECHA DE OCURRENCIA</b>	<b>CAUSA DEL SINIESTRO</b>	<b>MONTO RECLAMADO</b>
<b>DATOS BANCARIOS</b>		
Nombre del Titular de la Cuenta:		C.I: Email:
Cuenta Corriente <input type="checkbox"/>	Cuenta Ahorro <input type="checkbox"/>	Tarjeta Credito Visa <input type="checkbox"/>
		Tarjeta Crédito MasterCard <input type="checkbox"/>
Nombre del Banco:		Nro. Cuenta/Tarjeta:
<b>DECLARACIONES y AUTORIZACIONES</b>		
<b>Yo, el PROPUESTO ASEGURADO,</b>		
* 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.		
Firmas y Huellas :	_____	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content;">Huella Dactilar (Pulgar Derecho) o en su defecto Pulgar Izquierdo</div>
	<b>PROPUESTO ASEGURADO</b>	
<b>Yo, el TOMADOR de la Póliza ,</b>		
* 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 la Ley Orgánica contra la Delincuencia Organizada y Financiamiento al Terrorismo y las Normas sobre Administración de Riesgos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo y Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva, en la Actividad Aseguradora.		
* Autorizo al Asegurador a cargar en la Cuenta Bancaria / Tarjeta de Crédito cuyos datos proporciono en esta Solicitud, los cobros de prima de este seguro durante su vigencia a partir de su emisión.		
Lugar: _____	Fecha: ____/____/____.	
	dd / mm / aaaa	
Firmas y Huellas :	_____	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content;">Huella Dactilar (Pulgar Derecho) o en su defecto Pulgar Izquierdo</div>
	<b>EI TOMADOR</b>	
<b>Intermediario (es):</b>		
<b>Apellido(s) y Nombres:</b>	<b>Código N°:</b>	<b>(%) Porc. de Participación:</b>
		<b>Firma:</b>
<b>Para la suscripción de la Póliza se debe anexar a esta Solicitud de Seguro:</b>		
<b>Persona Natural:</b>	<b>Persona Jurídica:</b>	
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.
<b>Otros Documentos:</b> Listado detallado de Equipos Electrónicos; Maquinarias y Equipos Industriales amparados, indicando marca, modelo y serial.		
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° FSA-1-1-000611-2021 de fecha 08 de diciembre de 2021		





