



Fecha: / /

Vigencia solicitada:

Desde / / Hasta / /

## SOLICITUD DE SEGUROS PÓLIZA DE SEGURO DE FIDELIDAD Deshonestad, Destrucción y Desaparición

Con el deseo de suscribir un Seguro de FIDELIDAD 3D seguidamente suministro los datos necesarios para la apreciación del riesgo y la determinación de la prima, conforme a las condiciones de la Póliza, quedando entendido que esta solicitud no nos obliga a la celebración del contrato; pero en caso de llevarse a cabo, las declaraciones aquí contenidas se consideran incorporadas.

### I. DATOS DEL TOMADOR

|  |         |                                     |               |  |  |
|--|---------|-------------------------------------|---------------|--|--|
| Cédula de Identidad/R.I.F.<br>V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> |         | Apellidos y Nombres o Razón Social: |               |  |  |
| F.c. de Nac./ Registro Empresa:<br>/ /   |         | Lugar de Nacimiento:                | Nacionalidad: | Sexo:<br><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | Estado Civil: Soltero <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/><br>Divorciado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> |
| Ocupación o Actividad del Negocio:   |         | Dirección de Habitación:            |               |  | E-mail:  |
| País:  | Ciudad: | Estado:                             | Población:    | Teléfono:  |  |
| Dirección de Cobro:  |         |                                     |               |  |  |
| País:  | Ciudad: | Estado:                             | Población:    | Teléfono:  | Ingreso Anual:   |

### II. DATOS DEL ASEGURADO PROPUESTO

|   |         |                          |               |  |  |
|---|---------|--------------------------|---------------|--|--|
| Cédula de Identidad/<br>V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> |         | Apellidos y Nombres:     |               |  |  |
| Fecha. de Nacimiento:<br>/ /  |         | Lugar de Nacimiento:     | Nacionalidad: | Sexo:<br><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | Estado Civil: Soltero <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/><br>Divorciado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> |
| Ocupación o Actividad:  |         | Dirección de Habitación: |               |  | E-mail:  |
| País:   | Ciudad: | Estado:                  | Población:    | Teléfono:  |  |

### III. DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL RIESGO A ASEGURAR

|   |         |                          |               |  |  |
|---|---------|--------------------------|---------------|--|--|
| Cédula de Identidad:<br>V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> |         | Apellidos y Nombres:     |               |  |  |
| Fecha. de Nacimiento:<br>/ /  |         | Lugar de Nacimiento:     | Nacionalidad: | Sexo:<br><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | Estado Civil: Soltero <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/><br>Divorciado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> |
| Ocupación o Actividad del Negocio:  |         | Dirección de Habitación: |               |  | Email:   |
| País:   | Ciudad: | Estado:                  | Población:    | Teléfono:  |  |

### IV. DATOS DEL RIESGO

|   |         |               |            |           |  |
|---|---------|---------------|------------|-----------|--|
| Tipo de Persona<br>Jurídica <input type="checkbox"/> Gubernamental <input type="checkbox"/> |         | Nro. de R.I.F |            |           |  |
| Denominación de la Razón Social:  |         |               |            |           |  |
| Siglas / Nombre Comercial:  |         |               |            |           |  |
| Dirección:  |         |               |            | E-mail:   |  |
| País:   | Ciudad: | Estado:       | Población: | Teléfono: |  |

**CARACTERISTICAS GENERALES DEL NEGOCIO A ASEGURAR**

Número de Empleados que laboran en la Empresa: \_\_\_\_\_ Distancia aproximada en kilómetros de los bancos con los que opera: \_\_\_\_\_

Mecanismos con que la empresa controla el acceso del personal:  
 Carnet de Tarjeta     Clave de acceso     Otro (especifique): \_\_\_\_\_

Mantiene la empresa manuales sobre normas y procesos de caja?:  Si  No Inventarios:  Si  No Otros: \_\_\_\_\_

Frecuencia con que realiza los depósitos:    Diaria     Interdiaria     Otro

La empresa posee Manuales de Reclutamiento y Selección del Personal?: Si  No  Detalle: \_\_\_\_\_

La Empresa realiza auditorias frecuentes?: Si  No  (De detalle):  
 De ser afirmativa la respuesta, indica con qué frecuencia la realiza en el año: \_\_\_\_\_

La empresa lleva un control actualizado de la entradas y salidas de mercancía o inventarios?: Si  No  Detalle: \_\_\_\_\_

La Empresa posee cajas registradoras?:  
 Son a prueba de fuego:  Si  No detalle: \_\_\_\_\_

Los traslados de dinero y valores son a través de una empresa especializada?: Si  No  Detalle:  
 En caso afirmativo indicar nombre de la empresa y teléfono: \_\_\_\_\_

**V. COBERTURAS SOLICITADAS**

| Descripción                | Límites por Empleado | Deducible | Límite por Colusión | Límite por Año Póliza |
|----------------------------|----------------------|-----------|---------------------|-----------------------|
| Fidelidad de Empleados (*) |                      |           |                     |                       |

(\*) Se debe remitir a la Empresa de Seguros una relación de los Empleados con sus Nro. de C. I. y Cargos

| Descripción  | Suma Asegurada | Deducible | Límite por Confusión | Límite por Año Póliza |
|--|----------------|-----------|----------------------|-----------------------|
| Convenio II. Pérdida fuera del local del Asegurado |                |           |                      |                       |
| Convenio III. Pérdida dentro del local             |                |           |                      |                       |
| Convenio IV. Falsificación de Giros y Papel Moneda |                |           |                      |                       |
| Convenio V. Falsificación de Documentos Bancarios  |                |           |                      |                       |

**VI. INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA**

¿Se llevan los libros de contabilidad de acuerdo a la ley?  Si  No ¿Donde se guardan los libros? \_\_\_\_\_

Fecha de ultimo inventario:    /    /    Resultados del inventario:  
 Mercancías:    Mobiliario Enseres:    Maquinaria:

Referencias:  
 Bancarias:    Comerciales:    Personales:

**VII. SEGURO SOBRE LOS MISMOS BIENES**

| Vigentes            |                  |           |             | Anteriores     |           |
|---------------------|------------------|-----------|-------------|----------------|-----------|
| Compañía de Seguros | Sumas Aseguradas | Póliza N° | Vencimiento | CÍA de Seguros | Póliza N° |
|                     |                  |           |             |                |           |
|                     |                  |           |             |                |           |

Solicitudes rechazadas: Compañías: \_\_\_\_\_ Fechas: \_\_\_\_\_

**HISTORIA PREVIA DE SINIESTROS**

| Naturaleza de los daños | Fecha | Si estuvo Asegurado |               | Monto de la Perdida | Precauciones Adoptadas |
|-------------------------|-------|---------------------|---------------|---------------------|------------------------|
|                         |       | Compañía de Seguros | N° de Pólizas |                     |                        |
|                         |       |                     |               |                     |                        |
|                         |       |                     |               |                     |                        |

**Observaciones:**

Yo, \_\_\_\_\_ EL TOMADOR, doy fe que el dinero utilizado para el pago de prima del presente seguro proviene una fuente lícita y no tiene relación alguna con capitales, bienes, haberes o beneficios derivados de las actividades ilícitas o de los delitos de Legitimación de Capitales previstos en la Ley Orgánica Contra la Delincuencia Organizada.

\_\_\_\_\_  
Nombre y Código del Productor

\_\_\_\_\_  
Firma del Productor

\_\_\_\_\_  
Firma del Tomador  
C.I. N° \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Asegurado Propuesto  
C.I. N° \_\_\_\_\_

Lugar: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_