

I. DATOS DE LA SOLICITUD

Póliza Número	Sucursal:	Fecha de Solicitud:	Fecha de Vigencia: Desde: Hasta:
---------------	-----------	---------------------	-------------------------------------

II. DATOS DEL TOMADOR

Apellidos y Nombres / Razón Social			Cédula de Identidad / Pasaporte / RIF <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> G		
Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Lugar y Fecha de Nacimiento		Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo		
Nº Registro Mercantil	Fecha de Registro	Lugar de Registro	Fecha de Inscripción	Fecha Última Modificación	
Actividad Económica <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Gubernamental <input type="checkbox"/> Comercial (Indique Ramo):			Profesión	Ocupación	
Descripción de la Actividad <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> Otra - Especifique:					
Productos o servicios que ofrece			Ingreso Promedio Anual Bs.		
Dirección de Residencia	Estado	Ciudad	Urbanización	<input type="checkbox"/> Avenida <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Transversal	
<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Quinta <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Centro Comercial <input type="checkbox"/> Torre			<input type="checkbox"/> Piso <input type="checkbox"/> Nivel	<input type="checkbox"/> Apartamento <input type="checkbox"/> Oficina	Zona Postal
Teléfonos			Email		
Dirección de Trabajo	Estado	Ciudad	Urbanización	<input type="checkbox"/> Avenida <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Transversal	
<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Quinta <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Centro Comercial <input type="checkbox"/> Torre			<input type="checkbox"/> Piso <input type="checkbox"/> Nivel	<input type="checkbox"/> Apartamento <input type="checkbox"/> Oficina	Zona Postal
Teléfonos			Email		
Dirección de cobro: <input type="checkbox"/> Habitación <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otra - Indique:					

III. DATOS DEL ASEGURADO PROPUESTO

Apellidos y Nombres / Razón Social			Cédula de Identidad / Pasaporte / RIF <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> G		
Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Lugar y Fecha de Nacimiento		Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo		
Nº Registro Mercantil	Fecha de Registro	Lugar de Registro	Fecha de Inscripción	Fecha Última Modificación	
Actividad Económica <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Gubernamental <input type="checkbox"/> Comercial, indique Ramo:			Profesión	Ocupación	
Descripción de la Actividad <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> Otra, especifique:					
Productos o servicios que ofrece			Ingreso Promedio Anual Bs.		
Dirección de Residencia	Estado	Ciudad	Urbanización	<input type="checkbox"/> Avenida <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Transversal	
<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Quinta <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Centro Comercial <input type="checkbox"/> Torre			<input type="checkbox"/> Piso <input type="checkbox"/> Nivel	<input type="checkbox"/> Apartamento <input type="checkbox"/> Oficina	Zona Postal
Teléfonos			Email		
Dirección de Trabajo			Teléfonos		

Aprobado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante Oficio N° SAA-1-1-13325-2014 de fecha 16 de Octubre del año 2015.

La Venezolana de Seguros y Vida, C.A. / RIF.: J00021447-6 / Inscrita en la Superintendencia de la Actividad Aseguradora bajo el N° 40

Dirección: Calle Madrid entre Calles Monterrey y Jalisco, Urb. Las Mercedes, Edif. La Venezolana de Seguros y Vida, Caracas, Venezuela. Teléfono: (0212) 909.48.00

IV. DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL RIESGO A ASEGURAR

Apellidos y Nombres / Razón Social			Cédula de Identidad / Pasaporte / RIF <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> G	
Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Lugar y Fecha de Nacimiento		Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo	
Nº Registro Mercantil	Fecha de Registro	Lugar de Registro	Fecha de Inscripción	Fecha Última Modificación
Actividad Económica <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Gubernamental <input type="checkbox"/> Comercial, indique Ramo:			Profesión	Ocupación
Descripción de la Actividad <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> Otra, especifique:				
Productos o servicios que ofrece			Ingreso Promedio Anual Bs.	
Dirección de Residencia	Estado	Ciudad	Urbanización	<input type="checkbox"/> Avenida <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Transversal
<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Quinta <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Centro Comercial <input type="checkbox"/> Torre			<input type="checkbox"/> Piso <input type="checkbox"/> Nivel	<input type="checkbox"/> Apartamento <input type="checkbox"/> Oficina <input type="checkbox"/> Zona Postal
Teléfonos		Email		
Dirección de Trabajo			Teléfonos	

V. DATOS DE UBICACIÓN DEL RIESGO A ASEGURAR

Índole del Riesgo <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Industrial <input type="checkbox"/> Residencial	Tipo de Comercio o Industria (si aplica)	Mercancía Predominante (si aplica)
Dirección de Oficina	Estado	Ciudad
<input type="checkbox"/> Piso <input type="checkbox"/> Nivel	<input type="checkbox"/> Apartamento <input type="checkbox"/> Oficina	Zona Postal
Teléfonos		
Uso del Edificio/Casa/Galpón: <input type="checkbox"/> Comercio <input type="checkbox"/> Industria <input type="checkbox"/> Vivienda <input type="checkbox"/> Mixto		
Explique:		

VI. CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL NEGOCIO A ASEGURAR

Número de Empleados que laboran en la Empresa	Distancia aproximada en kilómetros de los bancos con los que opera	Frecuencia con que realiza los depósitos: <input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Interdiario <input type="checkbox"/> Otra, especifique:
Mecanismos con que la empresa controla el acceso del personal: <input type="checkbox"/> Carnet de Tarjeta <input type="checkbox"/> Clave de Acceso Otro, especifique:		
La empresa controla el acceso del público en general? Especifique:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Existe vigilancia durante las horas laborales?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Mantiene la empresa manuales de Normas y Procedimientos de Caja e Inventarios?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
La empresa posee cajas registradoras? Son a prueba de fuego? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Otro, especifique:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
La empresa realiza auditorias frecuentes? Indique frecuencia anual:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
La empresa controla la entrada y salida de mercancía o inventarios? Detalle:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
El traslado de dinero y valores son a través de una empresa especializada? Especifique Nombre de la empresa y Número de Teléfonos:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Indique donde guarda el dinero, antes de ser enviado al banco	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

VII. COBERTURAS SOLICITADAS

Descripción	Suma Asegurada Bs.	Deducible
Dinero en efectivo o cheques, valores, títulos de comercio en tránsito.		
Dinero en efectivo o cheques, valores, títulos de comercio dentro de caja fuerte o bóveda de seguridad.		
Dinero en efectivo o cheques, valores, títulos de comercio de locales u oficinas, fuera de caja fuerte o bóveda de seguridad.		

VIII. INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

Llevan libros de contabilidad de acuerdo a Ley? Sí No

Donde guardan los libros? Última Fecha del Inventario

Resultado del Inventario: Mercancías Mobiliario Enseres Maquinaria

Referencias: Bancarias Comerciales Personales

IX. SEGUROS SOBRE LOS MISMOS BIENES

Vigentes				Anteriores	
Compañía de Seguros	Suma Asegurada Bs.	Póliza N°	Vencimiento	Compañías de Seguros	Póliza N°

Solicitudes rechazadas	Compañías	Fechas

Historia Previa de Siniestros					
Naturaleza de los daños	Fecha	Si estuvo Asegurado		Monto de la Pérdida Bs.	Precauciones adoptadas
		Compañía de Seguros	N° Póliza		

Observaciones

X. FORMA DE PAGO

Anual Mensual Trimestral Semestral

XI. DATOS DE LA DOMICILIACIÓN

En caso del pago de la prima con alguna de sus tarjetas de débito o de crédito, o cuenta de ahorro y/o cuenta corriente, señale con cual autoriza el pago y las renovaciones futuras:

Banco: _____ Nro. Cuenta: _____ Tipo de cuenta: Ahorro Corriente

Tipo de Tarjeta: Débito Visa Máster American Express Diners Club

N° Tarjeta: _____ Fecha de Vencimiento: _____

XII. RECAUDOS ADICIONALES

Las copias de los siguientes recaudos adicionales son obligatorios de acuerdo a lo establecido en la Providencia N° 000514 de fecha 18 de Febrero de 2011, sobre las Normas de Prevención, Control y Fiscalización de los Delitos de Legitimación de Capitales y Financiamiento al Terrorismo, en la actividad aseguradora:

Tomador y/o Asegurado

Formulario de Solicitud debidamente completada en todas sus partes y firmada

Persona Natural y Representante Legal Residente en el País

Fotocopia de la Cédula de Identidad vigente

Persona Natural y Representante Legal No Residente en el País

Fotocopia del Pasaporte vigente

Persona Jurídica Residente en el País

Registro Único de Información Fiscal (RIF)

Documento constitutivo de la empresa

Estatutos Sociales

Modificaciones de Estatutos Sociales

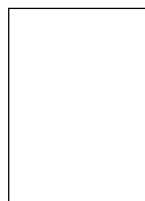
En caso de Persona Jurídica No Residenciada en el país, deberán consignar los documentos antes mencionados, debidamente legalizados en el Consulado de la República Bolivariana de Venezuela en el respectivo país y traducidos por un intérprete legal público al idioma castellano.

XIII. DECLARACIÓN JURADA DE ORIGEN Y DESTINO DE FONDOS

Yo, el Tomador, en mi carácter de Propuesto Asegurado, declaro que la información suministrada es exacta, sin omisión de ningún detalle, hecho o circunstancia con el propósito de disminuir o aminorar la gravedad del riesgo o con la intención de cambiar su objeto. Autorizo la verificación de la misma, así como el suministrar información a terceros para fines de evaluación del riesgo. Queda entendido que la presente solicitud no otorga cobertura provisional. La cobertura otorgada entrará en vigor una vez que sea aprobada la solicitud por la Empresa de Seguros. Y yo, _____, C.I. N° _____, el Tomador de la Póliza o en representación del Tomador (Persona Jurídica, con el RIF N° _____), doy fe que el dinero utilizado proviene de fuente lícita y por lo tanto, no tiene relación alguna con dinero, capitales, bienes, haberes, valores o títulos productos de las actividades o acciones derivadas de operaciones ilícitas relacionadas, con estricta observación a la Legislación Nacional.

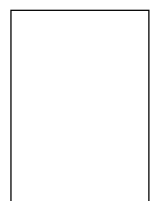
En la ciudad de _____ Fecha ____/____/____

Firma del Tomador



Huella Dactilar
Pulgar Derecho

Firma del Propuesto Asegurado Titular



Huella Dactilar
Pulgar Derecho

INTERMEDIARIO DE SEGUROS

Nombres y Apellidos

Código

Firma