



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. V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/>		Apellidos y Nombres o Razón Social:			
F.c. de Nac./ Registro Empresa: / /		Lugar de Nacimiento:	Nacionalidad:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado Civil: Soltero <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> 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/ V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>		Apellidos y Nombres:			
Fecha. de Nacimiento: / /		Lugar de Nacimiento:	Nacionalidad:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado Civil: Soltero <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> 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: V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>		Apellidos y Nombres:			
Fecha. de Nacimiento: / /		Lugar de Nacimiento:	Nacionalidad:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado Civil: Soltero <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> 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 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 ____/____/____