

SOLICITUD DE SEGURO DE DINERO Y VALORES

N° DE PÓLIZA:

FECHA:

Av. Francisco de Miranda, Torre La Primera, pisos 3,5, 6, 7, 8,10, 11, 12, 14, PH
Chacao, Estado Miranda - RIF G-20008701-3
Inscrita en la Superintendencia de la Actividad Aseguradora bajo el N°. 48
Capital Suscrito y Pagado: Bs. 591.095.765,37
Miembro de la "Cámara de Aseguradores de Venezuela"

La presente Solicitud de Seguro debe ser leída y llenada con letra de molde, en todos sus puntos, sin enmiendas y en tinta no esfumable de un mismo color (azul o negra) en forma legible y debe ser firmada por el futuro Tomador y su Intermediario de Seguros, si lo hubiere.

DATOS DEL TOMADOR DE LA PÓLIZA

APELLIDOS Y NOMBRES O DENOMINACIÓN JURÍDICA:				C.I., R.I.F. O N° DE PASAPORTE:	
DATOS DEL REGISTRO (SI ES PERSONA JURÍDICA):					
REGISTRO:	CIUDAD:	TOMO:	FECHA:	NÚMERO:	
DIRECCIÓN DE HABITACIÓN:				TELÉFONO:	
				Cód. Área:	N
DIRECCIÓN DE TRABAJO O COBRO:					
CIUDAD:	ZONA POSTAL:	ESTADO:	TELÉFONO:	TELÉFONO (Otro donde Ubicarlo):	
			Cód. Área:	N	
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:			INDIQUE CARÁCTER CON EL QUE CONTRATA:		
			<input type="checkbox"/> CUENTA PROPIA <input type="checkbox"/> CUENTA AJENA		
ACTIVIDAD ECONÓMICA, COMERCIAL, PROFESIONAL, OFICIO U OCUPACIÓN:				INGRESO MENSUAL:	

DATOS DEL REPRESENTANTE DEL TOMADOR (EN CASO DE SER JURÍDICO)

APELLIDOS Y NOMBRES:				C.I., R.I.F. O N° DE PASAPORTE:	
DIRECCIÓN DE HABITACIÓN:				TELÉFONO:	
				Cód. Área:	N
DIRECCIÓN DE LA OFICINA:				TELÉFONO:	
				Cód. Área:	N
ACTIVIDAD ECONÓMICA, COMERCIAL O PROFESIONAL, OFICIO U OCUPACIÓN:			CORREO ELECTRÓNICO:		

DATOS DEL PROPUESTO ASEGURADO

APELLIDOS Y NOMBRES O DENOMINACIÓN JURÍDICA:				C.I., R.I.F. O N° DE PASAPORTE:	
DIRECCIÓN DE HABITACIÓN:				TELÉFONO:	
				Cód. Área:	N
CIUDAD:	ZONA POSTAL:	ESTADO:	TELÉFONO MÓVIL:		
			Cód. Área:	N	
DIRECCIÓN DE OFICINA:				TELÉFONO:	
				Cód. Área:	N
ACTIVIDAD ECONÓMICA, COMERCIAL O PROFESIONAL, OFICIO U OCUPACIÓN:			CORREO ELECTRÓNICO:		

DATOS DEL REPRESENTANTE DEL PROPUESTO ASEGURADO (EN CASO DE SER JURÍDICO)

APELLIDOS Y NOMBRES:				C.I., R.I.F. O N° DE PASAPORTE:	
DIRECCIÓN DE HABITACIÓN:				TELÉFONO:	
				Cód. Área:	N
CIUDAD:	ZONA POSTAL:	ESTADO:	TELÉFONO MÓVIL:	TELÉFONO (Otro donde Ubicarlo):	
			Cód. Área:	N	
DIRECCIÓN DE OFICINA:				TELÉFONO:	
				Cód. Área:	N
ACTIVIDAD ECONÓMICA, COMERCIAL O PROFESIONAL, OFICIO U OCUPACIÓN:			CORREO ELECTRÓNICO:		

DATOS DE LA ACTIVIDAD O EVENTO A ASEGURAR

UBICACIÓN DE LA ACTIVIDAD O EVENTO (DIRECCIÓN):

INDIQUE LAS PERSONAS AUTORIZADAS PARA EFECTUAR LOS TRASLADOS DE DINERO Y/O VALORES

NOMBRE

CARGO

¿SON ACOMPAÑADAS LAS PERSONAS ANTES MENCIONADAS POR ALGÚN CUERPO ARMADO? SI NO

INDIQUE EL MEDIO DE TRANSPORTE UTILIZADO PARA EL TRASLADO DEL DINERO Y VALORES:

 VEHÍCULO PÚBLICO VEHÍCULO PRIVADO TRANSPORTE BLINDADO OTRO:

EN CASO AFIRMATIVO, SEÑALE EL NOMBRE DE LA EMPRESA:

EFECTÚA DEPÓSITOS NOCTURNOS: SI NO EN CASO NEGATIVO, INDIQUE EL LUGAR DONDE GUARDA EL DINERO Y VALORES :

INDIQUE LA FRECUENCIA CON LA CUAL REALIZA LOS DEPÓSITOS O TRASLADOS DE DINERO Y VALORES :

 DIARIA SEMANAL QUINCENAL MENSUAL

MENCIONE EL MONTO PROMEDIO DE TRASLADO O DEPÓSITOS DE DINERO Y VALORES EFECTUADOS:

INGRESO PROMEDIO DIARIO Bs.:

EGRESO PROMEDIO DIARIO Bs.:

INDIQUE OTROS DOCUMENTOS REPRESENTATIVOS DE DINERO Y VALORES QUE MANTIENE DENTRO DEL LOCAL:

¿HA SUFRIDO ALGUNA PÉRDIDA POR ROBO, ASALTO O ATRACO EN LOS ÚLTIMOS TRES (3) AÑOS? SI NO

EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE LOS DETALLES COMPLETOS:

COBERTURAS SOLICITADAS

LOCALIDAD

PÉRDIDA DENTRO DEL LOCAL A CAUSA DE ROBO, ASALTO Y/O ATRACO (CAJA FUERTE)

PÉRDIDA EN TRÁNSITO A CAUSA DE ASALTO Y/O ATRACO

OTROS SEGUROS

MANTIENE UD. ALGÚN OTRO SEGURO DE DINERO Y VALORES VIGENTE CON ÉSTA U OTRA EMPRESA DE SEGUROS? EN CASO AFIRMATIVO INDIQUE N° DE PÓLIZA, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y SUMA ASEGURADA:

ALGUNA COMPAÑÍA DE SEGUROS LE HA CANCELADO O DENEGADO LA RENOVACIÓN DEL SEGURO DE DINERO Y VALORES? EN CASO AFIRMATIVO SUMINISTRE DETALLES COMPLETOS:

ALGUNA COMPAÑÍA DE SEGUROS LE HA RECHAZADO ALGUNA SOLICITUD DE SEGURO DE DINERO Y VALORES HECHA POR UD.? EN CASO AFIRMATIVO SUMINISTRE DETALLES COMPLETOS:

¿HA REALIZADO USTED ALGUNA RECLAMACIÓN CONTRA OTRA EMPRESA DE SEGUROS? EN CASO AFIRMATIVO INDIQUE FECHAS, MONTOS Y EMPRESA:

Yo, el Propuesto Asegurado, declaro:

- a. Que he leído y entendido cabalmente cada una de las partes de esta Solicitud que la información que suministro es verdadera, amplia, completa y exacta, dependiendo de ella la validez del Seguro.
- b. Que acepto, que la responsabilidad del Asegurador, comienza una vez celebrado el contrato de seguros.
- c. Que no he omitido o simulado, ningún hecho o circunstancia en las respuestas que pueda modificar la opinión del Asegurador, sobre el riesgo a correr por el seguro solicitado.
- d. Que conozco que en caso de declaraciones falsas u omisiones podrá cesar la responsabilidad del Asegurador y el contrato será objeto de nulidad absoluta.

YO, EL TOMADOR, DOY FE QUE EL DINERO UTILIZADO PARA EL PAGO DE LA PRIMA DEL PRESENTE SEGURO PROVIENE DE UNA FUENTE LÍCITA Y NO TIENE RELACIÓN ALGUNA CON CAPITALS, BIENES, HABERES O BENEFICIOS DERIVADOS DE LAS ACTIVIDADES ILÍCITAS O DE LOS DELITOS DE LEGITIMACIÓN DE CAPITALS PREVISTOS EN LA "LEY ORGANICA CONTRA LA DELINCUENCIA ORGANIZADA".

Aprobado por la Superintendencia de Seguros, ahora Superintendencia de la Actividad Aseguradora, mediante oficio N° 7199 de fecha 21 de Agosto de 2006

FIRMA DEL PROPUESTO
ASEGURADO

FIRMA DEL TOMADOR

FIRMA DEL INTERMEDIARIO
DE SEGUROS

APELLIDOS Y NOMBRES DEL INTERMEDIARIO DE SEGUROS:

CÓDIGO DEL INTERMEDIARIO: