



SEGUROS QUALITAS, C.A.

COMPAÑÍA ANÓNIMA, INSCRITA EN LA SUPERINTENDENCIA DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA – MINISTERIO DEL PODER POPULAR DE PLANIFICACIÓN Y FINANZAS BAJO EL N° 118 – R.I.F. J-30668450-6. AV. FRANCISCO DE MIRANDA CON 4ta AVENIDA, TORRE QUALITAS, LOS PALOS GRANDES, CARACAS, DISTRITO FEDERAL. INSCRITA EN EL REGISTRO MERCANTIL SEGUNDO DE LA CIRCUNSCRIPCIÓN JUDICIAL DEL DISTRITO FEDERAL Y ESTADO MIRANDA, EN FECHA 4 DE ENERO DE 2000, BAJO EL N° 25, TOMO 1-A-SGDO.

SOLICITUD DE PÓLIZA DE SEGURO DE SUSTRACCION ILEGITIMA

Fecha de Solicitud: / /	N° Póliza	Vigencia	Desde 12M.	D	M	A	Hasta 12M.	D	M	A
-------------------------	-----------	----------	------------	---	---	---	------------	---	---	---

A. - DATOS DEL TOMADOR

PERSONA NATURAL

1 ^{er} Apellido	2 ^{do} Apellido o de Casada	1 ^{er} Nombre	2 ^{do} Nombre
--------------------------	--------------------------------------	------------------------	------------------------

C.I. N°/ Pasaporte	Lugar y fecha de Nacimiento	Edad	Estado Civil
--------------------	-----------------------------	------	--------------

Profesión / Actividad u Oficio	Ejercicio Indep. <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/>	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
--------------------------------	--	--

Dirección de Habitación:

Dirección de Oficina:	Cobro <input type="checkbox"/> Hab. en: <input type="checkbox"/> Ofic.
-----------------------	--

Teléfono Habitación	Teléfono Oficina	Ingreso Anual Bs.	<input type="checkbox"/> 0 a 6.000,00 <input type="checkbox"/> 6.001,00 a 12.000,00 <input type="checkbox"/> 12.001,00 a 18.000,00 <input type="checkbox"/> Más de 18.000,00
---------------------	------------------	-------------------	---

E-mail	
--------	--

PERSONA JURÍDICA

Nombre ó Razón Social (indicar sigla si las tiene)
--

Fecha de Constitución / /	Registro Mercantil	Tomo	N°
---------------------------	--------------------	------	----

N° R.I.F. / R.F.P.	Actividad Económica	Promedio de Ventas Mensuales
--------------------	---------------------	------------------------------

Representante Actual

Dirección de Cobro

Teléfonos	Oficina	Celular	Fax
-----------	---------	---------	-----

País	Estado	Ciudad
------	--------	--------

Municipio	Zona Postal	E-mail
-----------	-------------	--------

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL TOMADOR

1 ^{er} Apellido	2 ^{do} Apellido o de Casada	1 ^{er} Nombre	2 ^{do} Nombre
--------------------------	--------------------------------------	------------------------	------------------------

C.I. N°/ Pasaporte	Lugar y fecha de Nacimiento	Edad	Estado Civil
--------------------	-----------------------------	------	--------------

Profesión / Actividad u Oficio	Ejercicio Indep. <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/>	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
--------------------------------	--	--

Dirección de Habitación:

Dirección de Oficina:

Teléfono Habitación	Teléfono Oficina	Ingreso Anual Bs.	<input type="checkbox"/> 0 a 6.000,00 <input type="checkbox"/> 6.001,00 a 12.000,00 <input type="checkbox"/> 12.001,00 a 18.000,00 <input type="checkbox"/> Más de 18.000,00
---------------------	------------------	-------------------	---

E-mail:	
---------	--

Dirección del Riesgo (Interés Asegurable) _____

B.- ASEGURADO PROPUESTO (Llenar en caso de ser diferente al Tomador)					
PERSONA NATURAL					
1 ^{er} Apellido	2 ^{do} Apellido o de Casada	1 ^{er} Nombre	2 ^{do} Nombre		
C.I. N°/ Pasaporte	Lugar y fecha de Nacimiento	Edad	Estado Civil		
Profesión / Actividad u Oficio	Ejercicio Indep.	Empleado	Socio	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
Dirección de Habitación:					
Dirección de Oficina:					
Cobro <input type="checkbox"/> Hab. En: <input type="checkbox"/> Ofic.					
Teléfono Habitación	Teléfono Oficina	Ingreso	<input type="checkbox"/>	0 a 6.000,00	
			<input type="checkbox"/>	6.001,00 a 12.000,00	
E-mail		Anual	<input type="checkbox"/>	12.001,00 a 18.000,00	
		Bs.	<input type="checkbox"/>	Más de 18.000,00	
PERSONA JURÍDICA					
Nombre ó Razón Social (indicar sigla si las tiene)					
Fecha de Constitución / /	Registro Mercantil	Tomo	N°		
N° R.I.F. / R.F.P.	Actividad Económica	Promedio de Ventas Mensuales			
Representante Actual					
Dirección de Cobro					
Teléfonos	Oficina	Celular	Fax		
País	Estado	Ciudad			
Municipio	Zona Postal	E-mail			
B.- BIENES POR ASEGURAR					
Mobiliario					Bs.
Suministros					Bs.
Existencias					Bs.
Efectos Personales					Bs.
Maquinarias y Equipos Industriales					Bs.
Sólo los fácilmente movilizables					Bs.
Objetos Valiosos y de Arte, según relación detallada					Bs.
Equipos Electrónicos					Bs.
Otros, Especifique:					Bs.
Primer Riesgo Relativo (P.R.R):	%	Bs.			
C.- COBERTURAS SOLICITADAS					
Sólo la Cobertura de Robo Obligatoria. La Cobertura de Asalto y Atraco es Opcional					
Coberturas Básicas				Sumas Aseguradas	
Robo					Según Cuadro Recibo Póliza, en función de las modalidades indicadas en la declaración de los Valores a Riesgo y las condiciones de la Póliza.
Daño al Local/Residencia					
Cobertura Adicional					
Asalto y Atraco					

D.- CLAUSULAS

Reposición a Nuevo	Otra (especifique)
Cuidado, Control y Custodia	Otra (Especifique)
Productos Elaborados	Otra (especifique)

E.- IDENTIFICACIÓN DEL PREDIO ASEGURABLE

N° de locales _____ (Para cada localidad adicional indicar en la sección A de una nueva solicitud la dirección del predio y llenar las secciones E y G correspondientes).

El predio colinda con:

Inmueble desocupado o abandonado Terreno sin edificar Obra en demolición o construcción

Río o quebrada a _____ mts. En caso afirmativo Existe comunicación edificios colindantes Si No Qué clase de comunicación?: _____

¿Hay otros ocupantes del edificio? Si No En caso afirmativo, indique la índole de actividad de cada ocupante: _____

Materiales Frágiles Si No Mercancía Predominante: _____

F.- PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA ROBO

Características o Materiales de Construcción	Protección y Elementos de Seguridad
Estructura	
Techos	
Paredes	
Puertas Batientes	
Puertas Arrollables: Si ___ No ___ ¿Cuántas? ___ Ancho Mayor: ___ mts.	
Ventanas	
Vitrinas de Exhibición	
Claraboyas, Tragaluces, Aberturas de a/a u otras aberturas	

¿Se utilizan las protecciones en puertas y vitrinas de exhibición en horas no laborables del mediodía? Si ___ No ___

¿Existen Sistemas de alarmas en el inmueble que contiene los bienes por asegurar? Si ___ No ___

En caso afirmativo, indique los puntos protegidos con alarmas: Techo ___ Paredes exteriores ___ Ventanas ___

Vitrinas ___ Puertas exteriores ___ Pisos ___ Otros, Indique: _____

¿Existe contrato de mantenimiento para los sistemas de alarma? Si ___ No ___

¿Existe caja fuerte? Si ___ No ___ ¿Empotrada? Si ___ No ___ Peso de la caja fuerte: _____ Kg.

¿Existen cajas registradoras? Si ___ No ___ ¿Cuántas? _____

Vigilancia: No posee vigilancia armada ___

Vigilancia ___ armada ___ con reloj control ___ con sistema de rondas durante las 24 horas no laborables que recorran cada dos (2) horas un mínimo de cuatro (4) estaciones o puntos de lectura aprobadas.

Empresa de Vigilancia: _____ Vigencia del contrato hasta: ___/___/___

G.- INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

¿Se llevan los Libros de Contabilidad de acuerdo con la Ley? Si ___ No ___

¿Dónde se guardan los Libros de Contabilidad? _____

Fecha del último inventario: ___/___/___ Fecha del establecimiento de la firma: ___/___/___

Nombre anterior de la Firma, si fuese el caso: _____

Referencias Comerciales:

Comercio	Dirección	Teléfono

Referencias Bancarias			
Entidad Bancaria	Número(s) Cuenta(s)	Teléfono	
Otros Seguros vigentes sobre los mismos bienes			
Empresa de Seguros	Monto Asegurado	N° de Póliza	Vigencia
Sinistros Ocurridos			
Empresa de Seguros	Causa	Fecha	Monto
Solicitudes Rechazadas			
Empresa de Seguros	Motivo	Fecha	
Beneficiario Preferencial		Cédula de Identidad o R.I.F.	

Los datos indicados en esta solicitud servirán de base para el seguro, siempre que éste se lleve a cabo y de su exactitud depende su validez, el domicilio para los efectos del seguro entra en vigencia una vez expedida la póliza y satisfecho el pago correspondiente para el primer período.

Yo, _____, C.I. /RIF N° _____, **Tomador** de la Póliza, expresamente declaro: 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 las Normas sobre Prevención, Control y Fiscalización de los Delitos de Legitimación de Capitales y Financiamiento al Terrorismo, en la Actividad Aseguradora .

Ciudad y Fecha

Firma del Solicitante/Tomador/ Propuesto Asegurado

Huella dactilar de la mano derecha o en su defecto, de la mano izquierda

Nombre del Intermediario de Seguros

Firma del Intermediario de Seguros

Código