



SEGUROS QUALITAS, C.A.

COMPAÑÍA ANÓNIMA, INSCRITA EN LA SUPERINTENDENCIA DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA
BAJO EL N° 118 – MINISTERIO DEL PODER POPULAR DE PLANIFICACIÓN Y FINANZAS – R.I.F. J-30668450-6
AV. FRANCISCO DE MIRANDA CON 4ta AVENIDA, TORRE QUALITAS, LOS PALOS GRANDES, CARACAS, DISTRITO CAPITAL. 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 POLIZA DE DINERO Y VALORES

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 en: Hab: <input type="checkbox"/> Ofic: <input type="checkbox"/>
Teléfono Habitación:	Teléfono Oficina:	Ingreso Anual Bs.	<input type="checkbox"/> 0 a 6.000,00
E-mail:			<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

PERSONA JURÍDICA

Nombre ó Razón Social (indicar siglas 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
E-mail:			<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

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. <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:			N° R.I.F.:
Teléfono Habitación:	Teléfono Oficina:	Ingreso Anual Bs.	<input type="checkbox"/> 0 a 6.000,00
E-mail:			<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
PERSONA JURÍDICA			
Nombre ó Razón Social (indicar sigla si las tiene):			
Fecha de Constitución / /	Registro Mercantil:	Tomó:	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:	
C.- COBERTURAS SOLICITADAS Y LIMITES ASEGURADOS			
Cobertura		Límite máximo por evento y/o año póliza	
Dinero y valores dentro del Local		Bs.	
Dinero y valores en Tránsito		Bs.	
D.- INFORMACION RELATIVA A LA COBERTURA DE DINERO EN LOCAL			
Características y materiales de construcción			Elementos de Seguridad
Techos:	Platabanda <input type="checkbox"/> Zinc <input type="checkbox"/> Madera <input type="checkbox"/> Otro material <input type="checkbox"/>		
Paredes:	Ladrillos <input type="checkbox"/> Bloques de Concreto <input type="checkbox"/> Madera <input type="checkbox"/> Otro material <input type="checkbox"/>		
Claraboyas <input type="checkbox"/> Tragaluces <input type="checkbox"/> Aberturas de A/A <input type="checkbox"/> Otras aberturas <input type="checkbox"/>			
E.- DISPOSITIVOS Y SISTEMAS DE SEGURIDAD			
a)	¿Existen sistemas de alarmas en el inmueble por asegurar?		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
b)	¿Existe contrato de mantenimiento para los sistemas de alarma?		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
c)	¿Existe Caja Fuerte? En caso afirmativo, indique si es empotrada y el peso: _____ Kg.		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
d)	¿Posee vigilancia? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, indique: ¿Es vigilancia armada?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Nombre de la empresa:		Vigencia del contrato: / /
e)	¿Existen inmuebles desocupados en los linderos de los locales que contienen los bienes objetos del seguro?		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
N° de Locales:		Horario normal de trabajo del negocio:	
F.- INFORMACION RELATIVA A LA COBERTURA DE DINERO EN TRANSITO			
Frecuencia de depósitos bancarios:		Distancia aprox. Desde el local hasta el banco:	
Medios de transporte empleados para efectuar depósitos o traslados de los bienes:			
a)	¿Utilizan custodia para el traslado de valores? En caso afirmativo, indique el nombre de la empresa que presta este servicio:		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

b)	¿Se emplean cobradores? En caso afirmativo indique:		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
	La cantidad:			
	Horario de trabajo:			
	Frecuencia de la revisión/presentación de cuentas:			
c)	El producto de la cobranza se entrega directamente en el negocio		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
	Se deposita en un banco comercial:		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
d)	El depósito se hace después de un límite o acumulación de Bs _____		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
	Al final de la jornada.		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
G.- INFORMACION COMPLEMENTARIA				
¿Se llevan los libros de contabilidad de acuerdo a la ley?			SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
¿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:
M.- INFORMACION COMPLEMENTARIA DEL ASEGURADO				
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
Siniestros Ocurridos				
Empresa de Seguros		Causa	Fecha	Monto
Solicitudes Rechazadas				
Empresa de Seguros		Motivo		Fecha
Beneficiario Preferencial			Cédula de Identidad o R.I.F.	
<p>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.</p> <p>Yo, _____, C /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 .</p>				
_____		_____		<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto;"></div> Huella Dactilar
Ciudad y Fecha		Firma del Tomador		
_____		_____		_____
Nombre del Intermediario de seguros		Firma del Intermediario de Seguros		Código