

- POLIZA FIDELIDAD
 POLIZA FIDELIDAD 3D

Inscrita en la Superintendencia de Seguros bajo el N° 93

<input type="checkbox"/> Póliza Nueva	<input type="checkbox"/> Modificación	Sucursal:
Vigencia desde:		Hasta:

(Este formulario debe estar completado en todas sus partes, en letra de molde)

A. Tomador

Nombres y Apellidos o Razón Social:				C.I./ R.I.F. / Pasaporte N°:	
Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado Civil: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Otro:	Lugar de Nacimiento/Reg. Cía.:	Fecha Nacimiento /Const.:	Número de Registro:	Tomo:
Nombre del registro:		Carácter con el que contrata:	Profesión:	Oficio u Ocupación:	
Actividad Económica: <input type="checkbox"/> Comercial: Ramo: _____ <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Gubernamental		Tipo de Ejercicio: <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Socio		Capacidad Económica o Financiera: Ingresos Mensuales:	
Dirección de Habitación:					Teléfono:
Ciudad:	Zona Postal:	Estado:	Municipio:	E-mail:	
Dirección de Oficina:					Teléfono/Fax:
Ciudad:	Zona Postal:	Estado:	Municipio:	E-mail:	
Dirección de Cobro:					Teléfono/Fax:

B. Representante Legal

Nombres y Apellidos:				C.I./ Pasaporte N°:	
Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado Civil: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Otro:	Lugar de Nacimiento:	Fecha Nacimiento:	Profesión:	Oficio u Ocupación:
Actividad Económica: <input type="checkbox"/> Comercial: Ramo: _____ <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Gubernamental		Tipo de Ejercicio: <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Socio		Capacidad Económica o Financiera: Ingresos Mensuales:	
Dirección de Habitación:					Teléfono:
Dirección de Oficina:					Teléfono/Fax:

C. Propuesto Asegurado (Llenar sólo en caso de ser diferente al Tomador)

Nombres y Apellidos:				C.I./ R.I.F. / Pasaporte N°:	
Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado Civil: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Otro:	Lugar de Nacimiento/Reg. Cía.:	Fecha Nacimiento /Const.:	Número de Registro:	Tomo:
Actividad Económica: <input type="checkbox"/> Comercial: Ramo: _____ <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Gubernamental		Tipo de Ejercicio: <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Socio		Capacidad Económica o Financiera: Ingresos Mensuales:	
Dirección de Habitación:					Teléfono:
Dirección de Oficina:					Teléfono/Fax:

D. Datos Particulares del Riesgo				
Tipo de Riesgo: <input type="checkbox"/> Industrial <input type="checkbox"/> No Industrial		Actividad Económica:		Cantidad de empleados:
Ubicación del Bien a Asegurar:	País:	Estado:	Ciudad:	Urbanización:
<input type="checkbox"/> Av. <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Transversal:		<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Quinta <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> Torre		
<input type="checkbox"/> Piso <input type="checkbox"/> Nivel:		<input type="checkbox"/> Apto. <input type="checkbox"/> Oficina		Zona Postal:

E. Características Generales del Riesgo		
Horario de trabajo del Negocio:		
<input type="checkbox"/> Diurno (detalle):		
<input type="checkbox"/> Nocturno (detalle):		
<input type="checkbox"/> Fines de Semana (detalle):		
¿La empresa controla el acceso del público en general?		
<input type="checkbox"/> Si: <input type="checkbox"/> Carnet de Acceso <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Otros (detalle):		
<input type="checkbox"/> No (detalle):		
Mecanismo con que la empresa controla el acceso del personal: <input type="checkbox"/> Carnet de Acceso <input type="checkbox"/> Carnet de Identificación <input type="checkbox"/> Clave de Acceso <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Otros (detalle):		
¿La empresa lleva un control actualizado de las entradas y salidas de mercancía o inventario? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
¿La empresa utiliza Cajas Registradoras?	¿Cuántas?	¿Son a prueba de fuego? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No (detalle):
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
¿Con que frecuencia realizan las auditorias internas? <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Otro:		

F. Información Bancaria	
Distancia en Km., aproximada entre el local y los bancos con los que opera:	
El producto de la cobranza diaria se entrega en el negocio o se deposita directamente en el Banco: (detalle)	
Frecuencia con que realiza Depósitos Bancarios: <input type="checkbox"/> Diaria <input type="checkbox"/> Interdiaria <input type="checkbox"/> Otra (detalle):	
Frecuencia con que realiza Depósitos Nocturnos: <input type="checkbox"/> Diaria <input type="checkbox"/> Interdiaria <input type="checkbox"/> Otra (detalle):	
Utiliza custodia: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿De que Tipo?	
Estimado anual de depósitos y retiros bancarios	Montos de Ventas Brutas Anuales:
Depósitos:	Retiros:
¿Los traslados de Dinero en Efectivo/Valores se realizan a través de una empresa especializada?:	
<input type="checkbox"/> Si. Indique Nombre de la Empresa Especializada, R.I.F., Dirección y Teléfono:	
<input type="checkbox"/> No. (detalle):	

G. Información de los Cobradores		
Tiene cobradores: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tiempo de antigüedad de los Cobradores en el Negocio:	Horario de Trabajo de los Cobradores:
¿Cuántos?		
Con que frecuencia supervisa a los cobradores:		
<input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Otro: (detalle):		

H. Predios y Medidas de Seguridad					
Techos:		<input type="checkbox"/> Concreto armado, placas de concreto, platabanda (hasta 10% de materiales no combustibles) <input type="checkbox"/> Láminas de zinc, hierro o asbesto (hasta 10% de materiales plásticos) <input type="checkbox"/> Madera, láminas de aluminio, láminas no combustibles sobre armazón de madera			
Paredes:		<input type="checkbox"/> Ladrillo macizo, piedra, concreto, bloque de arcilla y cemento, huecos y frisados por ambos lados <input type="checkbox"/> Hierro, asbesto, zinc, bloques de arcilla o cemento huecos y bloques de ventilación <input type="checkbox"/> Madera, bahareque, caña, láminas de aluminio, cartón prensado, madera comprimida			
Aberturas:		<input type="checkbox"/> Puertas Batientes <input type="checkbox"/> Puertas Arrollables. ¿Cuántas? _____ <input type="checkbox"/> Ventanas. ¿Cuántas? _____ <input type="checkbox"/> Vitrinas de Exhibición <input type="checkbox"/> Claraboyas, tragaluces <input type="checkbox"/> Aberturas de Aire Acondicionado			
¿Tiene sistema de alarma? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		En caso afirmativo indique puntos protegidos con alarma:			
¿Qué tipo?		<input type="checkbox"/> Techo <input type="checkbox"/> Paredes <input type="checkbox"/> Puertas <input type="checkbox"/> Ventanas			
¿Existe contrato de mantenimiento del sistema de alarma? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Otros uso del Edificio donde se encuentra el Local:			
		<input type="checkbox"/> Viviendas <input type="checkbox"/> Locales Comerciales <input type="checkbox"/> Oficinas <input type="checkbox"/> Ninguno			
¿Tipo de Vigilancia?					
<input type="checkbox"/> Propia de la Empresa <input type="checkbox"/> Privada: Nombre de la Empresa, R.I.F., Dirección y Teléfono:					
El servicio de la vigilancia es:		¿Utiliza cajas fuertes? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
<input type="checkbox"/> Diurno <input type="checkbox"/> Nocturno <input type="checkbox"/> Ambos		<input type="checkbox"/> Empotrada o anclada <input type="checkbox"/> Movable <input type="checkbox"/> Con combinación <input type="checkbox"/> Con llave <input type="checkbox"/> Otro:			
Características de las Cajas Fuertes:	Marca:	Peso:	Modelo:	Serial:	Medidas:

I. Coberturas y Límites de Indemnización	
Coberturas	Sumas Aseguradas
<input type="checkbox"/> Convenio I Infidelidad del Empleado	
<input type="checkbox"/> Convenio I Infidelidad por Colusión y/o Año Póliza	
<input type="checkbox"/> Convenio II Perdida de Dinero dentro del Local	
<input type="checkbox"/> Convenio III Perdida de Dinero Fuera del Local	
<input type="checkbox"/> Convenio IV Falsificación de Giros Postales y Papel Moneda	
<input type="checkbox"/> Convenio V Falsificación de Depósitos Bancarios	

J. Información Complementaria		
Referencias Comerciales		
Comercio	Dirección	Teléfono
Referencias Bancarias		
Entidad Bancaria	Número (s) de Cuenta (s)	Teléfono
Otros Seguros Vigentes sobre los mismos Bienes		
Empresa de Seguros	Monto Asegurado	Nº de Póliza

(Este formulario debe estar completado en todas sus partes, en letra de molde)

Siniestros Ocurridos			
Empresa de Seguros	Causa	Fecha	Monto

Solicitudes Rechazadas		
Empresa de Seguros	Motivo	Fecha

Beneficiario Preferencial	Cédula de Identidad o R.I.F.

K. Declaración

Yo _____ portador (a) de la C./ R.I.F. / Pasaporte Nro: _____, bajo fe de juramento declaro que el dinero utilizado para el pago de la prima de la póliza cuya suscripción solicito en este acto, proviene de una fuente lícita y, por lo tanto, no tiene relación alguna con dinero, capitales, bienes, haberes, valores, títulos o beneficios derivados de las actividades ilícitas o de los delitos de Legitimación de Capitales previstos en la Ley Orgánica Contra la Delincuencia Organizada y demás leyes de la República sobre la materia.

Juro (amos) la veracidad de los datos aportados en la presente solicitud y autorizo (amos) a Zuma Seguros C.A., a la verificación de los mismos.

Firma del Tomador y/o Propuesto Asegurado

Productor de Seguros	Tomador	Propuesto Asegurado
Código: Firma: Fecha: / /	Cédula de Identidad: Firma: Fecha: / /	Cédula de Identidad: Firma: Fecha: / /