

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					
Dirección del Riesgo:				Teléfono:	
Ciudad:	Zona Postal:	Estado:	Municipio:	E-mail:	
Índole o Tipo de Negocio:		Límite Territorial para Cobertura de Tránsito:		Fecha de Constitución del Negocio:	
Monto de Ventas Brutas Anuales:			Monto Estimado Anual de depósitos y retiros bancarios:		
Distancia estimada entre el (los) banco (s) y el local del Solicitante:					
1) Nombre del Banco:			Distancia: m.		
2) Nombre del Banco:			Distancia: m.		
¿Se hacen depósitos bancarios diariamente? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		¿Cuántos al día?		Si los depósitos no se hacen diarios, ¿cómo se realizan?	
¿Realiza depósitos nocturnos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		¿Utilizan custodia para realizar los depósitos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		¿De qué tipo?	
Se hace(n) el(los) depósito(s) después de cierta cantidad: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No. O al final de la jornada: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					
Cual es el horario de trabajo de la empresa:		Mañana: Desde: Hasta:		Tarde: Desde: Hasta:	
		Noche: Desde: Hasta:			
Tienen Cobradores: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			¿Cuál es el horario de Trabajo de los Cobradores?		
Nombre y Antigüedad			Nombre y Antigüedad		
a)			b)		
c)			d)		
e)			f)		
El producto de la cobranza diaria es entregado por los cobradores ese mismo día: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					
Depositán directamente en un banco: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					

E. 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			
En qué piso del edificio se encuentra el local:					
¿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: <input type="checkbox"/> Diurno <input type="checkbox"/> Nocturno <input type="checkbox"/> Ambos		¿Utiliza cajas fuertes? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <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:

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

F. Coberturas y Límites de Indemnización	
Coberturas	Sumas Aseguradas
<input type="checkbox"/> Dinero en Tránsito	
<input type="checkbox"/> Límite para depósitos y retiros bancarios	
<input type="checkbox"/> Límite para dinero en poder de Cobradores	
<input type="checkbox"/> Cobradores a Bs. C/U	
<input type="checkbox"/> Dinero dentro del Local	
<input type="checkbox"/> Límite en bóveda o Caja Fuerte	
<input type="checkbox"/> Límite en Caja (s) registradora(s) (Horas Hábiles)	
<input type="checkbox"/> Restitución de Suma Asegurada	

G. 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	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.

H. 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:	Cédula de Identidad:	Cédula de Identidad:
Firma:	Firma:	Firma:
Fecha: / /	Fecha: / /	Fecha: / /