

**SEGURO DE DINERO Y VALORES
SOLICITUD DE SEGURO**
I. DATOS DEL ASEGURADO PERSONA NATURAL O REPRESENTANTE LEGAL DEL CONTRATANTE

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido de casada
Lugar de Nacimiento:		Fecha de Nacimiento Día: Mes: Año:		Nacionalidad:
Tipo de identificación Tarjeta de identidad <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Carné de residente <input type="checkbox"/>		Número de identidad		Numero de RTN:
Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Estado Civil S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> U.L. <input type="checkbox"/>		Nombre completo del cónyuge o Pareja:
Dirección completa de residencia incluyendo Departamento y Municipio:				
Teléfono de Residencia:		Teléfono Celular:		Fax No.:
Correo electrónico:			Profesión, ocupación, oficio o actividad económica:	
Nombre y Giro del Negocio (Si aplica):				
Nombre de la empresa donde labora:		Posición /Cargo que desempeña:		Tiempo de laborar en la empresa:
Dirección completa de la empresa donde labora incluyendo Departamento y Municipio:				
Teléfono del trabajo:		Fax No.:		Correo electrónico:
Sitio web:				
Especificar detalladamente la fuente de ingreso y/o origen de los recursos:		Nivel aproximado de Ingreso según el Salario Mínimo mensual vigente (SMMV) en Lps.: De 0-10,000.00 <input type="checkbox"/> De 10,000.01-15,000.00 <input type="checkbox"/> De 15,000.01-30,000.00 <input type="checkbox"/> De 30,000.01-40,000.00 <input type="checkbox"/> De 40,000.01-80,000.00 <input type="checkbox"/> De 80,000.01-100,000.00 <input type="checkbox"/> De 100,000.01 en Adelante <input type="checkbox"/>		
Ha Desempeñado un Cargo Público en los últimos cuatro (4) años? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Nombre de la Institución?				
Realiza usted Actividades y Profesiones No Financieras Designadas (APNFD)? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si su respuesta es Si entregar constancia de la CNBS.				
Actúa usted por cuenta propia? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si su respuesta es No en Nombre de quién?				

II. INFORMACIÓN DE LA PERSONA JURÍDICA CONTRATANTE

Razón o Denominación Social:		Nombre Comercial:		No. R.T.N.
Dirección de la Oficina Principal incluyendo Departamento, Municipio/Ciudad:				
Número de Teléfono	Número de Fax	Correo electrónico	Fecha de Constitución:	
Objeto social y/o actividad económica:				
Departamentos y/o Países donde opera el negocio:				
La empresa realiza Actividades y Profesiones No Financieras Designadas (APNFD)? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si su respuesta es Si entregar constancia de la CNBS.				
Detalle de la estructura de Propiedad y Control de la sociedad; describa quienes son los socios, accionistas o propietarios y sus porcentajes de Participación:				
	Nombre Completo	Numero de Identidad	% Participación	
1.				
2.				
3.				



Continúa.....Detalle de la estructura de Propiedad y Control de la sociedad; describa quienes son los socios, accionistas o propietarios y sus porcentajes de Participación: **Nombre Completo** **Numero de Identidad** **% Participación**

4.		
5.		
6.		
7.		
8.		

Favor Detallar dos referencias bancarias o comerciales 1: _____ 2: _____

Monto aproximado Anual de: Total de Activos: _____ Total de Ventas: _____ Ingresos Anuales: _____

Indicar si forma parte de un Grupo Financiero o económico Sí No Detallar a cual pertenece: _____

Detalle al menos dos Proveedores Principales 1: _____ 2: _____

Especificar detalladamente la fuente de ingresos de la persona Jurídica: _____

III.- DIRECCIÓN DE COBRO Los cobros se realizarán en: Domicilio Lugar de trabajo

Barrio o Colonia	Calle o Avenida	Bloque
Casa No.	Ciudad o Municipio	Departamento
Otra Referencia		
Teléfono	Fax No.	E-Mail
		Apdo. Postal

IV.- UBICACIÓN DE LOS BIENES POR ASEGURAR Si es la misma de arriba marque aquí: Si no es la misma llene el siguiente cuadro

Barrio o Colonia	Calle o Avenida	Bloque
Casa No.	Ciudad o Municipio	Departamento
Teléfono	Fax No.	E-Mail
		Apdo. Postal
Ocupación de los Bienes a Asegurar		

V.- VIGENCIA

Duración: _____ Desde _____ / _____ / _____ a las 12.00 m Hasta: _____ / _____ / _____ a las 12:00 m.
Día Mes Año

VI.- DATOS DEL BENEFICIARIOS O ACREDORES (anotar nombre completo, en letra molde)

Nombre o Razón Social _____ Préstamo otorgado a: _____ Hasta por la suma de: _____





Por la presente declaramos que todo lo expuesto por nosotros en el Cuestionario y Solicitud está completo y concuerda con la verdad según nuestro leal saber y entender, y por la presente estamos de acuerdo con que este Cuestionario y Solicitud constituyan la base y forme parte de la póliza extendida en relación con el riesgo mencionado arriba. Queda estipulado que el asegurador sólo será responsable en concordancia con los términos de la póliza y que el asegurado no presentará ninguna otra reclamación de la naturaleza que fuere. El asegurador tratará esta información con estricta confidencia.- Autorizo a Seguros del País, S.A., a poder ingresar a la Central de Riesgo de la Comisión Nacional de Bancos y Seguros y a las demás centrales de riesgos del País, cuando lo estime conveniente para corroborar la información brindada.

Así mismo declaro que he recibido una copia fiel de las condiciones generales de este seguro, las cuales declaro conocer.

Lugar y Fecha:

Nombre del Solicitante o Representante legal según escritura o Poder de Representación	Firma del Solicitante o Representante legal según escritura o Poder de Representación
--	---

Nombre del Intermediario	Código del Intermediario	Zona	% de Comisión	Oficial de Negocios

