

**Deshonestidad, Destrucción y Desaparición realizada por Empleados**
**I. DATOS DE LA SOLICITUD**

Póliza Numero:	Solicitud:	Fecha de Solicitud: / /	Fecha de Vigencia: Desde: / / Hasta: / /
----------------	------------	----------------------------	---

**II. DATOS DEL CONTRATANTE**

Apellidos y Nombres:		RUC o Cédula:		Fecha de Nac./ Registro CIA.: / /	
Estado Civil: Soltero <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Unido <input type="checkbox"/>		Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Lugar de Nacimiento:	
Provincia:		Profesión:		Ocupación:	
Tipo de Actividad: Comercial o Profesional <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Gubernamental <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/>		Relación de Trabajo: Asegurado <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> otro:		Ingreso Mensual:	
Patrimonio:		Dirección de Residencia:		Distrito:	
Provincia:		<input type="checkbox"/> Corregimiento:		<input type="checkbox"/> Urbanización:	
<input type="checkbox"/> Calle: <input type="checkbox"/> Avenida: <input type="checkbox"/> Vía:		<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Edificio <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> C.C.			
<input type="checkbox"/> Piso :		<input type="checkbox"/> Apto. <input type="checkbox"/> Oficina:		Teléfono:	
Celular N°		Apartado Postal:		Dirección de Oficina:	
Provincia:		Distrito:		<input type="checkbox"/> Corregimiento:	
<input type="checkbox"/> Calle: <input type="checkbox"/> Avenida: <input type="checkbox"/> Vía:		<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Edificio <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> C.C.			
<input type="checkbox"/> Piso :		<input type="checkbox"/> Apto. <input type="checkbox"/> Oficina:		Teléfono:	
Celular N°		Apartado Postal:		Dirección de Correo ( E-mail)	
Indicar dirección de cobro: Residencia: <input type="checkbox"/>		Oficina <input type="checkbox"/>			

**III. FORMA DE PAGO**

Descuento de Tarjeta de Crédito <input type="checkbox"/> - Transferencia Electrónica ACH <input type="checkbox"/> - Transferencia banca en Línea <input type="checkbox"/> - Descuento en Planilla <input type="checkbox"/> - Pago Voluntario <input type="checkbox"/>
Periodicidad: Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/>

**IV. DATOS DEL RIESGO**

Tipo de Persona: <input type="checkbox"/> Jurídica <input type="checkbox"/> Gubernamental	RUC:	Denominación de la Razón Social:	Siglas/ Nombre Comercial:
Dirección de Oficina:	Distrito:	<input type="checkbox"/> Corregimiento:	<input type="checkbox"/> Urbanización:
Provincia:	<input type="checkbox"/> Piso :	<input type="checkbox"/> Apto. <input type="checkbox"/> Oficina:	Teléfono:
Apartado Postal:			

**CARACTERISTICAS GENERALES DEL NEGOCIO A ASEGURAR**

Número de Empleados que laboran en la Empresa:	Distancia aproximada en kilómetros de los bancos con los que opera:	Frecuencia con que realiza los depósitos: <input type="checkbox"/> Diaria <input type="checkbox"/> Interdiaria <input type="checkbox"/> Otro:
Mecanismos con que la empresa controla el acceso del personal: <input type="checkbox"/> Carnet de Tarjeta <input type="checkbox"/> Clave de acceso <input type="checkbox"/> Otro (especifique):		
Mantiene la empresa manuales sobre normas y procesos de caja?: Inventarios: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Otros:	Si	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La empresa controla el acceso del público en general?: De ser no Detalle:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La Empresa posee manuales para el reclutamiento y selección del personal? No detalle:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La Empresa realiza auditorias frecuentes?: no detalle: De ser afirmativa la respuesta, indica con que frecuencia la realiza en el año:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

La Empresa lleva un control actualizado de la entradas y salidas de mercancía o inventarios?: Detalle:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La Empresa posee cajas registradoras?: No Detalle: Son a prueba de fuego: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ( Detalle):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Los traslados de dinero y valores son a través de una empresa especializada?: no detalle: En caso afirmativo indicar nombre de la empresa y teléfono:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

V. COBERTURAS SOLICITADAS				
Descripción	Límites por empleados	Deducible	Límite por colusión	Límite por año póliza
Convenio I. Fidelidad de Empleados(*)				
(*) Se debe remitir a la Empresa de Seguros una relación de los empleados con sus Nro. De C.I. y cargos				
Descripción	Suma Asegurada	Deducible	Límite por evento	Límite por año póliza
Convenio II. Perdida fuera del local de Asegurado				
Convenio III. Pérdida dentro del Local				
Convenio IV. Falsificación de giros y papel moneda				
Convenio V. Falsificación de documentos bancarios				

VI. INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA				
¿Se llevan los libros de contabilidad de acuerdo a la ley? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Donde se guardan los libros?				
Fecha de ultimo inventario: / /	Resultados del inventario: Mercancías:                      Mobiliario Enceres:                      Maquinaria:			
Referencias: Bancarias:		Comerciales:		Personales:

VII. SEGURO SOBRE LOS MISMOS BIENES					
Vigentes				Anteriores	
Compañía de Seguros	Sumas Aseguradas	Póliza Nª	Vencimiento	CÍA de Seguros	Póliza Nª
Solicitudes rechazadas: Compañías:			Fechas:		

HISTORIA PREVIA DE SINIESTROS					
Naturaleza de los daños	Fecha	Si estuvo Asegurado		Monto de la Perdida	Precauciones Adoptadas
		Compañía de Seguros	Nª de Póliza		
<b>Observaciones:</b>					

### Autorización para Solicitar y Suministrar Información de Crédito

Doy mi consentimiento y autorizo a La Floresta de Seguros y Vida, S.A. a solicitar y suministrar a cualesquiera agentes o entidades captadoras de información de crédito, toda la información que estime conveniente sobre mi historial de crédito sin limitar las obligaciones, operaciones o transacciones comerciales que mantengo o llegue a mantener con cualquier agente económico.

Igualmente libero de toda responsabilidad a La Floresta de Seguros y Vida, S.A. por cualquier consecuencia directa o indirecta que pueda sobrevenir como resultado de la presente autorización.

Declaro que la información contenida en este formulario es verdadera, completa y proporciona la información de modo confiable y actualizada sobre todos los aspectos donde los cuales se han hecho preguntas, y en base a lo cual se emite la póliza correspondiente; en consecuencia acepto que cualquier información falsa, errónea e inexacta, brindada en esta solicitud, puede ser causal de rechazo de cualquier reclamo hecho sobre este seguro, sin responsabilidad alguna para LA COMPAÑÍA.

En la ciudad de \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Contratante

\_\_\_\_\_  
Firma del Asegurado

#### PRODUCTOR

Nombres y Apellidos

Código

Firma