



SEGUROS LOS ANDES

COMPañA ANÓNIMA, INSCRITA EN LA SUPERINTENDENCIA DE LA ACTIVIDAD ASEGURADORA - MINISTERIO DEL PODER POPULAR DE PLANIFICACIÓN Y FINANZAS BAJO EL N° 44 MIEMBRO DE LA CÁMARA DE ASEGURADORES DE VENEZUELA R.I.F. J-07001737-6 - AV. LAS PILAS, EDP. SEGUROS LOS ANDES, URB. SANTA INÉS, SAN CRISTÓBAL, TACHIRA, INSCRITA EN EL REGISTRO MERCANTIL QUE LLEVABA EL JUZGADO DE PRIMERA INSTANCIA CIVIL Y MERCANTIL DEL ESTADO TACHIRA, BAJO EL N° 16 DE FECHA 06 DE FEBRERO DE 1996.
REPRESENTANTE: DRA. MARÍA ISABEL DELFIN, MIEMBRO DE LA JUNTA INTERVENTORA DE SEGUROS LOS ANDES, SEGÚN PROVIDENCIA N° FSAA-002990, DE FECHA 15 DE SEPTIEMBRE DEL AÑO 2011, PUBLICADA EN GACETA OFICIAL DE LA REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA N° 39.768, DE FECHA 29 DE SEPTIEMBRE DEL 2011.

SOLICITUD DE FIANZA

Fecha de Solicitud: / /	Nº Póliza	Vigencia	Desde 12M.	D	M	A	Hasta 12M.	D	M	A
-------------------------	-----------	----------	------------	---	---	---	------------	---	---	---

DATOS DEL TOMADOR

PERSONA NATURAL

1er Apellido	2do Apellido o de Casada	1er Nombre	2do Nombre
C.I. Nº / Pasaporte	Lugar y Fecha de Nacimiento / /	Edad	Estado Civil
Profesión u Oficio	Ejercicio Indep. <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/>		Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Actividad Económica, si es comerciante indique el ramo		Productos y Servicios que ofrece	
Dirección de Habitación			Teléfono de Habitación
Dirección de Oficina			Teléfono de Oficina
Cobro <input type="checkbox"/> Hab. en: <input type="checkbox"/> Ofic.	Celular	País	Estado
Ciudad	Municipio	Ingreso Anual <input type="checkbox"/> 0 a 20.000 <input type="checkbox"/> 20.001 a 40.000 <input type="checkbox"/> 40.001 a 60.000 <input type="checkbox"/> Más de 60.000	
Zona Postal	E-mail		
Página Web			

PERSONA JURÍDICA

Nombre ó Razón Social (Indique las siglas si las tiene)			Fecha de Constitución / /		
Registro Mercantil _____ Tomo _____ Nº _____			Nº R.I.F. / R.F.P.		
Objeto, Actividad Profesional, Comercial o Industrial.			Productos y Servicios que ofrece		
Representante Legal: Nombres		Apellidos		C.I. Nº / Pasaporte	
Dirección de Oficina					
Teléfono 1		Teléfono 2		Teléfono 3	Fax
Celular		País		Estado	
Ciudad		Municipio		Ingreso Anual <input type="checkbox"/> 0 a 100.000 <input type="checkbox"/> 100.001 a 500.000 <input type="checkbox"/> 500.001 a 1.000.000 <input type="checkbox"/> Mas de 1.000.000	
Zona Postal	E-mail				
Página Web					

ASEGURADO PROPUESTO (Llenar en caso de ser diferente al tomador)**PERSONA NATURAL**

1er Apellido		2do Apellido o de Casada		1er Nombre		2do Nombre	
C.I. N° / Pasaporte		Lugar y Fecha de Nacimiento / /		Edad		Estado Civil	
Profesión u Oficio			Ejercicio Indep. <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/>			Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
Actividad Económica, si es comerciante indique el ramo				Productos y Servicios que ofrece			
Dirección de Habitación						Teléfono de Habitación	
Dirección de Oficina						Teléfono de Oficina	
Cobro <input type="checkbox"/> Hab. en: <input type="checkbox"/> Ofic.		Celular		País		Estado	
Ciudad		Municipio		Ingreso Anual <input type="checkbox"/> 0 a 20.000 <input type="checkbox"/> 20.001 a 40.000 <input type="checkbox"/> 40.001 a 60.000 <input type="checkbox"/> Más de 60.000			
Zona Postal		E-mail					
Página Web							

PERSONA JURÍDICA

Nombre ó Razón Social (Indique las siglas si las tiene)					Fecha de Constitución / /		
Registro Mercantil _____ Tomo _____ N° _____					N° R.I.F. / R.F.P.		
Objeto, Actividad Profesional, Comercial o Industrial.				Productos y Servicios que ofrece			
Representante Legal: Nombres				Apellidos		C.I. N° / Pasaporte	
Dirección de Oficina							
Teléfono 1		Teléfono 2		Teléfono 3		Fax	
Celular		País			Estado		
Ciudad		Municipio		Ingreso Anual <input type="checkbox"/> 0 a 100.000 <input type="checkbox"/> 100.001 a 500.000 <input type="checkbox"/> 500.001 a 1.000.000 <input type="checkbox"/> Mas de 1.000.000			
Zona Postal		E-mail					
Página Web							

DATOS DEL FIADOR

PERSONA NATURAL

1er Apellido		2do Apellido o de Casada		1er Nombre		2do Nombre	
C.I. N° / Pasaporte		Lugar y Fecha de Nacimiento / /		Edad		Estado Civil	
Profesión u Oficio			Ejercicio Indep. <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/>			Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
Actividad Económica, si es comerciante indique el ramo				Productos y Servicios que ofrece			
Dirección de Habitación						Teléfono de Habitación	
Dirección de Oficina						Teléfono de Oficina	
Cobro <input type="checkbox"/> Hab. en: <input type="checkbox"/> Ofic.		Celular		País		Estado	
Ciudad		Municipio		Ingreso Anual <input type="checkbox"/> 0 a 20.000 <input type="checkbox"/> 20.001 a 40.000 <input type="checkbox"/> 40.001 a 60.000 <input type="checkbox"/> Más de 60.000			
Zona Postal		E-mail					
Página Web							

PERSONA JURÍDICA

Nombre ó Razón Social (Indique las siglas si las tiene)				Fecha de Constitución / /		
Registro Mercantil _____ Tomo _____ N° _____				N° R.I.F. / R.F.P.		
Objeto, Actividad Profesional, Comercial o Industrial.			Productos y Servicios que ofrece			
Representante Legal: Nombres			Apellidos		C.I. N° / Pasaporte	
Dirección de Oficina						
Teléfono 1		Teléfono 2		Teléfono 3		Fax
Celular		País			Estado	
Ciudad		Municipio		Ingreso Anual <input type="checkbox"/> 0 a 100.000 <input type="checkbox"/> 100.001 a 500.000 <input type="checkbox"/> 500.001 a 1.000.000 <input type="checkbox"/> Mas de 1.000.000		
Zona Postal		E-mail				
Página Web						

TIPOS DE FIANZAS SOLICITADAS:

	N°. de Fianza	Monto (Bs.)	Vigencia
Anticipo	_____	_____	_____
Cumplimiento	_____	_____	_____
Laboral	_____	_____	_____
Aduanal	_____	_____	_____
Licitación	_____	_____	_____
Otros	_____	_____	_____

Nombre de la obra: _____

Ente contratante: _____
Número de contrato: _____ Monto del contrato: _____
Nombre del productor: _____ Código: _____

El Tomador garantiza, mediante la firma contenida en la presente solicitud, que toda información declarada libremente aquí, es completa y verídica, que no ha suprimido información alguna que pudiere cambiar el concepto de gravedad del riesgo e influenciar erróneamente la decisión de la Empresa de Seguros respecto de dicho riesgo y que se encarga de ejercer toda la precaución razonable para salvaguardar los bienes objeto del seguro aquí solicitado. Conviene asimismo, que esta solicitud y declaraciones contenidas formarán la base de la póliza a ser emitida por la Empresa de Seguros y cualquier omisión, falsedad o falta en las declaraciones será la causa suficiente para que el seguro concedido de ésta solicitud, quede nulo en su totalidad, desde su comienzo u otra fecha elegida por la Empresa de Seguros, de conformidad con lo señalado en las condiciones de la póliza.

“Yo _____, el Tomador
doy fe que el dinero utilizado para el pago de la prima del presente seguro proviene de una
fuente lícita y no tiene relación alguna con capitales, bienes, haberes o beneficios derivados
de las actividades ilícitas de los delitos de Legitimación de capitales previstos en la Ley Orgánica
Contra la Delincuencia Organizada.”

Ciudad y Fecha

Firma del Asegurado
Titular

Huella Dactilar
Pulgar Derecho
Del Asegurado

Huella Dactilar
Pulgar Derecho
Del Tomador

Firma del Tomador

Firma del Intermediario

Código