**TIPO DE TRANSACCIÓN:** Nuevo  Renovación  Actualización de Datos

Siendo conocedor(a) de las disposiciones legales vigentes, especial a la Ley General de Seguros, Reaseguros de la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, Ley Orgánica Contra la Delincuencia Organizada y Financiamiento al Terrorismo, detallo la siguiente información.

Se solicita llenar el formulario de forma clara. No dejar espacios en blanco. En los casos que no aplica, indíquese N/A.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PARTE I.- DATOS DE LA EMPRESA (Clientes / Solicitantes)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre o Razón Social: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Nro. deRIF: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Objeto Social: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Fecha de Constitución/Registro: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Día** | | | | | | | | | | | | | | | | **Mes** | | | | | | | | **Año** | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | |
| Tipo de Empresa:  Pública  Privada  Cooperativa | | | | | | | | | | | | | | | | | | Actividad:  Profesional  Comercial  Industrial | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Ramo (en caso que aplique): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Productos o Servicios que ofrece: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Número Telefónico fijo: | | | | | Número Telefónico Móvil: | | | | | | | | | | | | | | | | Dirección de correo electrónico (institucional): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Datos del Representante Legal o Apoderado** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombres y Apellidos: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Tipo de Identificación:  C.I  Pasaporte | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Número de Identificación: | | | | | | | | | | | | | | |
| Nro. de R.I.F: | | | | | | | | | | | | | Estado Civil:  Soltero(a)  Casado(a)  Viudo(a)  Divorciado(a)  En unión Libre | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nacionalidad: | | | | Lugar de Nacimiento: | | | | | | | | | | | | | | | | | Fecha de Nacimiento | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Profesión/Ocupación: | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Día** | | | | | | **Mes** | | | | | | | | | | **Año** | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| Número Telefónico fijo: | | | | | | | | | | | | Número Telefónico Móvil: | | | | | | | | | | | | | | | | | Dirección de correo electrónico: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Aplica para personas (representante legal o apoderado) que se registren con pasaporte: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Fecha de Expedición** | | | | | | | | | | | | | | | **Fecha de Caducidad** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Fecha de ingreso al País** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Día** | **Mes** | | | | | **Año** | | | | | | | | | **Día** | | | | | | | **Mes** | | | | | | | | | **Año** | | | | | | | | **Día** | | | | | | | | | | | | **Mes** | | | | | | | **Año** | | |
|  |  | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | |
| Estado Migratorio: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Datos e información del cónyuge (en el caso de que aplique)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre y Apellido: | | | | | | | | | | | | | | | | | | Tipo de Identificación:  C.I  Pasaporte | | | | | | | | | | | | Número de Identificación: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Nro. de RIF: | | | | | | | | | | |
| **PARTE II.- INFORMACIÓN SOBRE LA UBICACIÓN (Empresa / Representante Legal)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DIRECCIÓN DE UBICACIÓN DE LA EMPRESA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nacionalidad: | | | | País de Residencia: | | | | | | | | | | | | | | | | Estado: | | | | | | | | | | | | | | | Ciudad: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Municipio: | | | | | | |
| Parroquia: | | | | | | | | | | Urbanización/Sector: | | | | | | | | | | | | | | | | Av./Calle/Transversal: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Edif./Quinta/Local/Torre/CC: | | | | | | | | | | | | | |
| Nro. de Oficina: | | | | | | | | | | | | | | | | Piso/Nivel: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Zona Postal: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DIRECCIÓN DE UBICACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| País de Residencia: | | | | Estado: | | | | | | | | | | | | | | | | Ciudad: | | | | | | | | | | | | | | | Municipio: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Parroquia: | | | | | | |
| Urbanización/Sector: | | | | | | | | | Av./Calle/Transversal: | | | | | | | | | | | | | | | | Edif./Casa/Quinta/Torre: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Apto/Piso: | | | | | | | | | Zona Postal: | | | | |
| **PARTE III.- DETALLE DE INGRESOS E INFORMACIÓN FINANCIERA DE LA EMPRESA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Indique el movimiento económico de la Empresa: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Ingreso Promedio Anual** | | | | | | | | | | | | | | **Utilidad del Ejercicio anterior** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Total de Patrimonio** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Bs. | | | | | | | | | | | | | | Bs. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Bs. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Indique la procedencia de los ingresos: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Año de la última declaración:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Toda la información se constatará con los Estados Financieros y Declaración de Impuestos presentados** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Día** | | | **Mes** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Año** | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| **PARTE IV.- DE LA SUSCRIPCIÓN DE SERVICIOS O PRODUCTOS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Propósito de la relación comercial con Seguros Miranda, C.A** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Seleccione la(s) opción(es) de Suscripción que desea realizar con la Aseguradora** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Seguro Personas:**   HCM  Vida  Accidentes Personales  Servicios Funerarios | | | |  | | | | | 1. **Seguro Patrimonial:**   Combinado Residencial  Combinado Industrial y/o Comercio  Incendio y Terremoto  Todo Riesgo Industrial  Ramos Técnicos de Ingeniería  Ramos de Responsabilidad | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | Riesgos Diversos  Aviación  Embarcación  Transporte | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | **C. Fianzas:**  Si requiere de la contratación de una Fianza, proceda al llenado del formulario **FE-008-02 Solicitud de Fianza** | | | | | | | | | | | | |
| **D. Vehículos:**  Si requiere de la Contratación de una Póliza para Vehículos Terrestres, proceda al llenado del formulario **FE-009-02 Solicitud de Seguros de Vehículos Terrestres** | | | | | | | | | | | | |
| **Nota:**   1. **Si seleccionó la opción “C” FIANZAS, proceda a completar el formulario FE-008-02 Solicitud de Fianza.** 2. **Si seleccionó la opción “D” VEHÍCULOS TERRESTRES, proceda a completar el formulario FE-009-02 Solicitud de Seguros de Vehículos Terrestres** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Vínculos existentes entre el Solicitante, Asegurado, Afianzado y Beneficiario** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Detallar datos, en caso de ser diferentes al Cliente o Solicitante:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Familiar  Comercial  Laboral | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Nombres y Apellidos: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tipo de Identificación:  C.I  Pasaporte | | | | | | | | Número de Identificación: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Nro. de R.I.F: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Profesión/Ocupación: | | | | Nacionalidad: | | | | | | | | | | | | | | | País de Residencia: | | | | | | | | | | | | | | | Estado: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Ciudad: | | | | | | | |
| Número Telefónico fijo: | | | | | | | | | | | Número Telefónico Móvil: | | | | | | | | | | | | | | | Dirección de correo electrónico: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Aplica para personas (diferentes al cliente o solicitante) que se registren con pasaporte: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Fecha de Expedición** | | | | | | | | | | | | | | | | | **Fecha de Caducidad** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Fecha de ingreso al País** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Día** | | **Mes** | | | | | **Año** | | | | | | | | | | **Día** | | | | | | **Mes** | | | | | | | | | **Año** | | | | | | | | | | **Día** | | | | | | | | | | **Mes** | | | | | | | **Año** | |
|  | |  | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | |  | |
| Estado Migratorio: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **PARTE V.-DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Usted, trabaja o trabajó (hasta hace 5 años) en el sector público? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Si | | | | | No |
| **Indique nombre de la Empresa:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Usted, maneja o manejó recursos públicos? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Si | | | | | No |
| **Indique el área:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Su cargo es o fue de alto mando, gerencial, dirección o funciones consideradas destacadas en el país o en el exterior? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Si | | | | | No |
| **Indique el cargo:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Tiene Familiares PEP hasta el 4to Grado de consanguinidad (padres/hijos/abuelos/hermanos/nietos), de 2do. Grado de afinidad (cónyuge), o asociados cercanos? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Si | | | | | No |
| ***Indique Nombre y Apellido:*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ***Cédula de Identidad:*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ***Parentesco o Asociado cercano:*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ***Cargo:*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Declaro bajo juramento.** Que los bienes y valores registrados en este documento, al igual que las transacciones y operaciones que efectuaré con la Aseguradora, no provienen, ni se destinarán los fondos entregados u obtenidos de ninguna fuente ilegítima o vinculada con negocios de "legitimación de capitales, financiamiento al terrorismo y financiamiento de la proliferación de armas de destrucción masiva". En consecuencia, eximo a **Seguros Miranda, C.A.,** de toda responsabilidad, aun ante terceros, si la presente declaración es falsa o errónea. Así mismo autorizo expresamente a la Empresa, a realizar el análisis que considere pertinente e informar a las autoridades competentes si fuera el caso.  Además, declaro que la información contenida en este formulario es verdadera, completa y proporciona la información de modo confiable y actualizada y conocedor(a) de la obligación de actualizar anualmente mis datos personales, así como de comunicar y documentar de manera inmediata a Seguros Miranda, C.A., cualquier cambio en la información que hubiere proporcionado. Durante la vigencia de la relación con la Aseguradora, me comprometo a proveer de la documentación e información que sea solicitada. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Autorizo** expresamente en forma libre, voluntaria e irrevocable a Seguros Miranda, C.A., a realizar los análisis y las verificaciones que considere necesarias para corroborar la licitud de fondos y bienes comprendidos en el contrato de seguro; hago extensiva esta autorización a todas las personas naturales o jurídicas de derecho público o privado a facilitar a la Aseguradora, toda la información que ésta les requiera, inclusive revisar en las Instituciones Financieras mi información. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Datos de contacto para firmar y recibir facturas, comunicaciones y/o notificaciones electrónicas.** Autorizo expresamente a **SEGUROS MIRANDA, C.A.**, a registrar mi correo electrónico personal y número celular; citados en mis Datos Personales para recibir la emisión, recepción y firma de documentos de los seguros que tenga contratados con dicha compañía, así como también comprobantes, comunicaciones y/o notificaciones electrónicas que se emitan a mi favor, para lo cual declaro bajo mi entera responsabilidad que la información entregada al citado correo electrónico tiene validez oficial en cumplimiento a lo establecido en la norma en materia de Comercio Electrónico, Firmas Electrónicas y Mensajes de datos vigente. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Huella** (pulgar de la mano derecha):

**FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O APODERADO**

Número de Identificación:

Lugar y Fecha:

|  |  |
| --- | --- |
| **PARTE VI.- PARA USO EXCLUSIVO DE LA EMPRESA** | |
| Propósito de la relación comercial:  Seguro Personas  Seguro Patrimonial  Vehículos  Fianzas | |
| Detalle observaciones encontradas: | |
| **PARTE VII.- REVISORES Y FIRMAS** | |
| **Recibido y revisado por (área de Suscripción):**    **NOMBRE Y APELLIDO**  Cédula de Identidad:  Cargo:  Área de Suscripción: | **Conformado por Jefe de área:**    **NOMBRE Y APELLIDO**  Cédula de Identidad:  Cargo.  Área de Suscripción: |
| **Autorizado por:**    **NOMBRE Y APELLIDO**  Cédula de Identidad:  Gerente del área | |

*Este es un* ***DOCUMENTO*** *propiedad de* ***SEGUROS MIRANDA, C.A.***

*Prohibida su reproducción y/o Distribución parcial o total sin autorización previa de la Aseguradora.*

|  |
| --- |
| **Documentos requeridos como obligatorios** |
| 1. Formulario de Solicitud. 2. Contrato suscrito según sea el caso (requisito para la Aseguradora). 3. Copia de Registro Único de Información Fiscal (RIF) vigente. 4. Copia de recibo de servicio público. 5. Referencias bancarias vigentes. 6. Copia de Acta Constitutiva y estatutos sociales con la última modificación estatutaria, si la hubiere. 7. Copia de la última Declaración del Impuesto sobre la Renta. 8. Copia del documento que demuestre la propiedad o interés asegurable del bien, mueble e inmueble asegurado, de ser el caso. 9. Copia del documento de identificación del Representante Legal (cédula de identidad legible y vigente, pasaporte, Registro Único de Información Fiscal (RIF) vigente, Registro de asociación gremial). 10. Documento que avale la contragarantía (para los contratos de fianzas). 11. Copia de los estados de demostración de pérdidas y ganancias y del balance de situación auditados, de por lo menos los 3 últimos años. 12. Declaración Jurada del Origen de los Fondos. 13. Copia legible de la cédula o pasaporte vigente del Cónyuge (en los casos que aplique). 14. Constancia de la Verificación de la información de los datos, efectuada a través de los medios públicos (sólo requisito para la Aseguradora). 15. Constancia de la actualización de información de los datos precedentes, una vez al año, en caso que aplique (sólo requisito para la Aseguradora). |