



C.A. DE SEGUROS

American International

R.I.F.: J-0005361-17

Inscrita en la Superintendencia de la Actividad Aseguradora bajo el Nro. 66

SOLICITUD DE SEGUROS DE RESPONSABILIDAD CIVIL DE DIRECTORES, ADMINISTRADORES Y GERENTES

Nº Póliza:

I.- Datos de Identificación.

Tomador / Asegurado. (Persona Natural)

Nacionalidad: <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> No Residente <input type="checkbox"/> Pasaporte	Nº C.I. / Nº Pasaporte:	Apellidos y Nombres:		
Lugar de Nacimiento:	Fecha de Nac.	Estado Civil: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V	Edad:	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Profesión Indique:	Oficio u Ocupación Indique: <input type="checkbox"/> Ejercicio independiente <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Socio		Ingreso Prom. Anual (Bs.): <input type="checkbox"/> < 10 M <input type="checkbox"/> > 10M <input type="checkbox"/> >30M <input type="checkbox"/> Otro	
Tipo de Actividad: <input type="checkbox"/> Económica <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Comercial		Indique Ramo: (En el caso de que el tipo de actividad sea comercial)		

Tomador / Asegurado. (Persona Jurídica.)

Denominación de la Razón Social:	Fecha:	Nº Reg.:	Nº Tomo:
Nº R.I.F.:	Actividad a la cual se dedica:	Capacidad Económica Anual (Bs.): <input type="checkbox"/> < 10 M <input type="checkbox"/> > 10M <input type="checkbox"/> >30M <input type="checkbox"/> Otro:	

Representante Legal. (Si el Tomador / Asegurado es persona Jurídica)

Nacionalidad: <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> No Residente <input type="checkbox"/> Pasaporte	Nº C.I. / Nº Pasaporte:	Apellidos y Nombres:		
Cargo que Ocupa:	Nº Oficio (designado por la Junta Directiva.):		Fecha:	
Profesión Indique:	Oficio u Ocupación Indique: <input type="checkbox"/> Ejercicio independiente <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Socio		Ingreso Prom. Anual (Bs.): <input type="checkbox"/> < 10 M <input type="checkbox"/> > 10M <input type="checkbox"/> >30M <input type="checkbox"/> Otro	
Tipo de Actividad: <input type="checkbox"/> Económica <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Comercial		Indique Ramo: (En el caso de que el tipo de actividad sea comercial)		

II.- Datos de la Dirección.

Tomador / Asegurado Persona Jurídica Persona Natural

Oficina.

Estado / Distrito:	Ciudad:	Municipio:	Parroquia:
Avenida:	Calle / Sector:	Urbanización:	Edif. / Torre:
Piso / Apto.:	Zona / Apdo. Postal:	Teléfono / Ext.:	Fax:
E-Mail / Página Web:			

Tomador / Asegurado. Asegurado **Persona Jurídica** **Persona Natural**
 (en el caso de persona jurídica indicar dirección de habitación del representante Legal)

Habitación.

Estado / Distrito:	Ciudad:	Municipio:	Parroquia:
Avenida:	Calle / Sector:	Urb. / Barrio	Edif. / Qta. / Casa:
Piso / Apto.:	Zona / Apdo. Postal:	Vivienda: <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Alquilada	Teléfono:
Celular:	Otro:	E-Mail:	

Indique la Dirección de Cobro (Habitación Oficina)

III.- Documentos a Consignar. (Fotocopia Legible)

Tomador / Asegurado. (Persona Jurídica)

Documento Constitutivo de la Empresa

Registro Mercantil (Estatutos Sociales)

Modificaciones Posteriores (Si aplica)

Registro de Información Fiscal (R.I.F.)

Representante(s) Legal(es) / que aparezcan en el Registro Mercantil.

Cédula de Identidad

Pasaporte (No Residente)

Registro Civil (Empresas No Domiciliadas en el País)

Poder Representante Legal (Legalizados por el consulado de la República Bolivariana de Venezuela en su respectivo País.)

Apostilla (Traducido por un interprete público al idioma castellano)

Último reporte anual del Tomador (incluyendo los estados financieros completos y auditados del último año fiscal)

currículum vitae de la firma

IV Información Complementaria

1. Durante cuanto tiempo ha llevado a cabo el tomador sus negocios sin ninguna interrupción? _____

2. Indique el tipo de organización: _____

3. Indique:

Número Total de accionistas	Número Total de accionistas en poder de Directores y Administradores	Número Total de Acciones emitidas	Número de acciones emitidas por tipo
			<input type="checkbox"/> Comunes:
			<input type="checkbox"/> Preferencial
			<input type="checkbox"/> No negociables
			<input type="checkbox"/> Otras, especificar:

4. ¿Esta el Tomador o cualquiera de sus subordinadas cotizando en una bolsa de valores? De ser así, detalle ¿Dónde? _____ ¿Desde Cuando? _____ Valor de la Acción _____ Número total de acciones negociadas en la bolsa _____	SI	NO
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Favor listar los accionistas que posean más del 10% de las acciones del tomador	8. Favor suministrar la lista completa de todos los subordinados, incluyendo país de origen y porcentaje de participación del Tomador que no han sido nombrados en el último reporte anual
--	--

Nombre	% de Participación	Nombre	País	%de Participación

6. ¿El tomador ha hecho alguna adquisición durante el último año? De ser Afirmativo favor especificar	SI	NO
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. El tomador tiene alguna adquisición (es) o fusión (es) pendiente o bajo consideración De ser Afirmativo favor especificar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

8. ¿Esta intención ha sido presentada para aprobación por los accionistas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

9. ¿tiene conocimiento el tomador de alguna oferta relacionada con su adquisición por otra compañía? De ser afirmativo por favor especifique.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

10. ¿El Tomador ha modificado su estructura de capital en los últimos dos años o tiene alguna intención de modificar su estructura de capital en el futuro De ser afirmativo por favor especifique.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

11. ¿Se ha hecho alguna demanda en contra de algún Director o Administrador, pasado o presente, del tomador o alguna de sus subordinados? De ser afirmativo por favor especificar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

12. ¿Tiene conocimiento el Tomador, después de investigaciones, de alguna circunstancia o acontecimiento que pudiera dar lugar a una reclamación. De ser afirmativo por favor especificar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

13. Límite de indemnización requerido _____		
---	--	--

13.a ¿La compañía mantiene u corredor de seguros autorizado que coloque sus coberturas de seguros? De ser afirmativo indicar el nombre del corredor, de lo contrario describir cómo se maneja la colocación de coberturas de seguros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

13.b ¿Durante los últimos dos años, se ha presentado cambios significativos en las coberturas de seguros de la compañía? Anotar específicamente todas las cuentas que no se renovaron, reducciones en los límites de las coberturas y restricciones en los términos condiciones, de Ser afirmativo por favor especificar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

13.c	¿Durante los últimos dos años, la compañía ha sufrido dificultades con respecto a la disponibilidad de alguna cobertura de seguros? De ser afirmativo por favor especificar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.d	¿Actualmente considera que las coberturas de seguro que la compañía posee satisfacen sus necesidades? De ser afirmativo por favor especificar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.e	¿Actualmente considera que las coberturas de seguro que la compañía posee satisfacen sus necesidades? De ser afirmativo por favor especificar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.f	¿Utiliza la Compañía medios para monitorear y verificar las actividades de sus Directores, Administradores y empleados con el fin de garantizar el cumplimiento de la política de Transacciones Internas de la compañía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.g	¿La compañía ha adoptado una política que identifique situaciones extraordinarias en las que pueda estar cerrada la ventanilla de transacción? (ej. Inminentes anuncios de prensa muy importantes, actividades de fusión o adquisición, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	¿La compañía o cualquiera de sus subsidiarias lleva a cabo cualquier tipo de actividad comercial con Compañías o Entidades o Vehículos para fines especiales? De ser afirmativo por favor especificar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	¿Ha recibido asesoría jurídica el comité de Auditoría en cuanto a que las operaciones de negocios de la compañía con entidades o vehículos para fines especiales no representen conflictos de interés para la misma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Indique si la compañía participa en transacciones entre las partes y si la Junta Directiva ha aprobado específicamente este tipo de transacciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	¿Se describen clara y francamente las transacciones mencionadas anteriormente en los Estados financieros de la Compañía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	¿Suministra la Compañía a sus Directores y Administradores cuestionarios y pautas sobre conflictos de intereses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	¿Los auditores externos de la Compañía han expresado alguna preocupación al Comité de auditoría respecto a revelación de información y prácticas contables de la Compañía o cualquiera de sus Directores o Administradores?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	¿La Compañía ha trabajado junto con su firma de auditores externos para proporcionar servicios de consultoría o de otro tipo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	durante los últimos cinco años, ¿La compañía o cualquier director o Administrador presionó al auditor externo a que limitara pruebas de auditoría con el fin de minimizar honorarios?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	En el pasado ¿Algún funcionario (Administrador o Director) de alto rango de la Compañía ha sido alguna vez empleado del auditor externo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	¿los miembros del Comité de Auditoría han asistido a todas las reuniones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.	¿Se reúne el Comité de Auditoría en forma privada con el Auditor externo, por lo menos cuatro veces en el año?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.	¿Se puede contar con el auditor externo para que reporte abiertamente al Comité de Auditoría cualquier debilidad del sistema de reportes financieros de la Compañía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.	¿El comité de Auditoría se reúne con el Vicepresidente Financiero (o el ejecutivo financiero de mayor rango) de la compañía durante el transcurso del año?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.	¿El comité de auditoría considera que tiene acceso a información espontánea independiente de cualquier interferencia de la administración?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

28. ¿Existe alguna relación entre el Comité de Auditoria y la administración que pueda impedir la independencia del Comité de Auditoria? Si la respuesta es afirmativa por favor especificar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. ¿Tiene la Compañía un Departamento de Auditoria Interna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. En algún momento, ¿Ha reconocido la Compañía Transacciones "Swaps" (canje financiero) o "Barter" (permuta) como ingresos Si la respuesta es afirmativa por favor especificar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. ¿La Compañía ha reconocido alguna vez como ingresos una transacción pagada por otro medio que no sea en efectivo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. ¿La Compañía reporta sus utilidades en una base pro-forma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. En algún momento ¿La Junta Directiva, el Comité de Auditoria o administración han recibido una carta anónima como crítica acerca de las políticas contables o estados financieros de la Compañía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. En algún momento ¿La Compañía ha pensado en utilizar un sistema contable que compense insuficiencias operacionales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. En los últimos cinco años, ¿La Compañía ha estado sujeta a una acción de cumplimiento por parte de la Comisión Nacional de Valores o por parte del SENIAT?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. ¿La Comisión Nacional de Valores o el SENIAT tienen pendiente alguna solicitud o investigación dentro de la Compañía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. ¿La Junta directiva mantiene una política de ética para sus miembros?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. ¿La junta directiva establece mecanismos de cumplimiento para garantizar que los mismos se lleven a cabo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. ¿Los auditores externos, asesores contratados y asesores jurídicos hacen aportes directos a la Junta Directiva?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Compañía de Seguros	Póliza N°	Vigencia

V Exposición en Norte América

Las preguntas 1,2,3 y 4 deben ser respondidas únicamente cuando se requiera cobertura respecto a reclamaciones hechas en los Estados Unidos o Cánada o reclamaciones hechas en otros países como consecuencia de operaciones realizadas por el Tomador en Estados Unidos o en Cánada

1. Favor suministrar listado de las subordinadas en Norteamérica y la relación accionistas que posean el 5% o más de las acciones comunes del Tomador, en forma directa o indirecta
2. Favor suministrar el total de activos brutos del grupo en Norteamérica

3. El Tomador o Subordinado:	SI	NO
3.a Emite algunos títulos (acciones o deudas) en Norteamérica. Si la respuesta es afirmativa indique la fecha del último ofrecimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.b ¿Estuvo sujeta a la oferta a The united Status Securities Art. f 1933 y/o The Securities Exchange Art. Of 1934 y/o cualquier enmienda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.c ¿Algún título (acción, deuda) es negociado en forma de American Depositary receipts, ADR?. Si la respuesta es afirmativa informar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.d ¿Son patrocinadas por el Tomador?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.e Porcentaje negociado del total de las acciones que conforman el capital suscrito _____		
3.f Número de accionistas ADR _____		
3.g ¿ha emitido en Norteamérica cualquier instrumento negociable o de deuda o papel comercial que comprometa el patrimonio del Tomador? Si la Respuesta es afirmativa indique la fecha efectiva mas reciente. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Favor adjuntar una copia de la última declaración 20-F hecha para las autoridades reguladoras de los Estados Unidos. Si no aplica confirmar.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

VI.- Declaración de Fe.

Yo, _____, titular de la cédula de identidad Nro. _____, en mi carácter de _____ declaro que la información proporcionada en la presente solicitud, que formará parte integrante de la (s) póliza (s) en trámites de emisión, es enteramente conforme a la verdad y que no he hecho omisiones ni ocultado intencionalmente información necesaria para la correcta apreciación del riesgo.

Yo, el tomador, doy fé que el dinero utilizado para el pago de la prima de la póliza a suscribir, proviene de una fuente lícita por lo tanto no tiene relación alguna con dinero, capitales, bienes, haberes, valores o títulos, producto de las actividades ilícitas o de delitos de Legitimación de Capitales previstos en la Ley Orgánica contra la Delincuencia Organizada.

Asimismo, autorizo al Banco _____ para realizar el cargo a mi cuenta bancaria o tarjeta de crédito de la primera correspondiente a las coberturas contratadas y de acuerdo al fraccionamiento de pago seleccionado. También autorizo a la renovación anual automática de mi póliza y el correspondiente cargo de la prima ajustada, una vez indexadas las sumas aseguradas según el Índice General de Precios emitido por el Banco Central de Venezuela.

Firmado en _____ el día ____ del mes de _____ del año ____.

Firma del Representante Legal
del Tomador / Asegurado
(Persona Jurídica)

Cargo: _____

Firma del Tomador / Asegurado
(Persona Natural)

C.I.- _____

Firma del Intermediario
de Seguros

Código N° _____

(Sello de la Compañía)

Aprobado por la Superintendencia de Seguros mediante Oficio N° 0003745 de Fecha 01/04/2009