

I. DATOS DEL TOMADOR				
Datos de Identificación: <input type="checkbox"/> Persona Natural / <input type="checkbox"/> Representante Legal				
Carácter en que contrata: <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Ajena	Primer Nombre:	Segundo Nombre:	Primer Apellido:	Segundo Apellido:
Identificación (C.I. o Pasaporte): <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> P N°:				
RIF:	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo	Lugar de nacimiento		Nacionalidad
Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Fecha de nacimiento: / /			
Actividad económica: <input type="checkbox"/> Societario <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Comerciante Área o Ramo:	Profesión:	Oficio (ocupación):	Declaración I.S.L.R.: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Monto:	
Relación laboral con Organización sin fines de lucro (OSFL): <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Indique cargo:	Ingreso Anual en USD (Calcular a la tasa de cambio publicada por el BCV) <input type="checkbox"/> menos de 5.000 <input type="checkbox"/> 5.000 a 15.000 <input type="checkbox"/> 15.001 a 30.000 <input type="checkbox"/> más de 30.000			
Datos de Identificación: Persona Jurídica (sólo si aplica)				
Razón Social:			N° RIF:	
Es Organización sin fines de lucro <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Especifique:	Tipo de Empresa <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Pública	Ingreso Anual en USD (Calcular a la tasa de cambio publicada por el BCV) <input type="checkbox"/> menos de 15.000 <input type="checkbox"/> 15.000 a 45.000 <input type="checkbox"/> 45.001 a 90.000 <input type="checkbox"/> más de 90.000		
Actividad Económica: <input type="checkbox"/> Industrial <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Actividad Profesional	Productos o Servicios que ofrece:			
Nombre del Registro	Circunscripción Judicial:	Registro Mercantil / Registro Público		
		Tomo	Número	Fecha
Capital Suscrito (en Bs.).	Patrimonio (en \$.):			
Capital Pagado (en Bs.).	<input type="checkbox"/> menos de 45.000 <input type="checkbox"/> 45.000 a 90.000 <input type="checkbox"/> 90.001 a 140.000 <input type="checkbox"/> más de 140.000			
Usted Declara Impuesto Sobre La Renta: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Monto:			
Persona expuesta políticamente (PEP): <input type="checkbox"/> Es (PEP) <input type="checkbox"/> Tiene parentesco con (PEP) <input type="checkbox"/> Es asociado cercano de (PEP)				
Cargo:	Ente:	País:	Identificación del relacionado:	
Dirección de domicilio del tomador				
País:	Estado:	Ciudad:	Urbanización:	
<input type="checkbox"/> Av. <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Transversal:		<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Quinta <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Torre		<input type="checkbox"/> Piso <input type="checkbox"/> Nivel:
<input type="checkbox"/> Ofc. <input type="checkbox"/> Apto.:	Zona Postal:	E-mail:		
Telf. (Cód.) Número:	Telf. Celular (Cód.) Número:	Cuenta de Red Social (Especifique)		
Dirección de lugar de trabajo (solo si el tomador es persona natural)				
Nombre de la empresa de trabajo:			Telf. (Cód.) Número:	
País:	Estado:	Ciudad:	Urbanización:	
<input type="checkbox"/> Av. <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Transversal:		<input type="checkbox"/> Casa. <input type="checkbox"/> Quinta. <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Torre		<input type="checkbox"/> Piso <input type="checkbox"/> Nivel :
<input type="checkbox"/> Ofc. <input type="checkbox"/> Apto.:	Zona Postal:	E-mail:		
Dirección de Cobro: <input type="checkbox"/> Habitación <input type="checkbox"/> Oficina				
II. DATOS DEL PROPUESTO ASEGURADO <input type="checkbox"/> PN Persona Natural <input type="checkbox"/> PJ Persona Jurídica				
Si el Tomador es el mismo asegurado, marque este recuadro <input type="checkbox"/> En caso contrario complete la información anexa				
Nombres y apellidos o razón Social:			C.I. / R.I.F. / Pasaporte :	

Vinculación con organización sin fines de lucro: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Especifique:				Declaración I.S.L.R.: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Monto:	
Si es Persona Natural					
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo		Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Lugar de nacimiento		Fecha de nacimiento:
Nacionalidad	Profesión:	Oficio (ocupación):	Actividad económica: <input type="checkbox"/> Societario <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Comerciante Área o Ramo:		
Ingreso Anual en USD (Calcular a la tasa de cambio publicada por el BCV):			<input type="checkbox"/> menos de 5.000	<input type="checkbox"/> 5.000 a 15.000	<input type="checkbox"/> 15.001 a 30.000
Si es Persona Jurídica					
Actividad Económica: <input type="checkbox"/> Industrial <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Actividad Profesional			Productos o Servicios que ofrece:		
Ingreso Anual en USD (Calcular a tasa de cambio del BCV)			Patrimonio (en \$.):		
<input type="checkbox"/> menos de 15.000		<input type="checkbox"/> 15.000 a 45.000	<input type="checkbox"/> menos de 45.000 <input type="checkbox"/> 45.000 a 90.000 <input type="checkbox"/> 90.001 a 140.000 <input type="checkbox"/> más de 140.000		
<input type="checkbox"/> 45.001 a 90.000		<input type="checkbox"/> más de 90.000			
Capital Suscrito (en Bs.).			Capital Pagado (en Bs.).		
Persona expuesta políticamente (PEP): <input type="checkbox"/> Es (PEP) <input type="checkbox"/> Tiene parentesco con (PEP) <input type="checkbox"/> Es asociado cercano de (PEP)					
Cargo:	Ente:	País:	Identificación del relacionado:		
Dirección del asegurado					
País:	Estado:	Ciudad:	Urbanización:		
<input type="checkbox"/> Av. <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Transversal:		<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Quinta <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Torre		<input type="checkbox"/> Piso <input type="checkbox"/> Nivel:	
<input type="checkbox"/> Ofc. <input type="checkbox"/> Apto.:	Zona Postal:		E-mail:		
Telf. (Cód.) Número:		Telf. Celular (Cód.) Número:		Cuenta de Red Social (Especifique)	
III. DATOS DEL RIESGO					
Estructura, contenido por asegurar y coberturas					
Fecha de compra:			Datos del registro:		
Líderos					
Norte:					
Sur:					
Este:					
Oeste:					
Uso de la residencia:		Tipo de residencia:		Urbanización:	
Calle:		Avenida:		Nombre Edif. <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> :	
Piso:	Teléfono:	Fax:	Estado:	Ciudad:	Zona:
IV. COBERTURAS BÁSICAS					
Sección I. Propiedad				Seleccione	Suma asegurada
Cobertura: Incendio, Caída de árboles, Caída de instalaciones de mástiles y antenas, extensión de cobertura, motín, disturbios populares, disturbios laborales, y daños maliciosos. Terremoto, daños por agua, inundación, rotura de vidrios y cristales, bienes refrigerados, alquiler por ocupación temporal, artículos valiosos, robo, asalto o atraco, hurto, rotura de bienes nuevos en tránsito, remoción temporal de escombros, honorarios de arquitectos, topógrafos o ingenieros, gastos de extinción, línea blanca, rotura de piezas sanitarias.				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
V. COBERTURAS OPCIONALES					
El Tomador no está obligado a seleccionar las coberturas opcionales (tiene la facultad de escoger libremente las coberturas que desee)					
Sección II. Equipos electrónicos					
Cobertura básica				Suma asegurada	
Incendio, Caída de árboles, Caída de instalaciones de mástiles y antenas, extensión de cobertura, motín, disturbios populares, disturbios laborales, y daños maliciosos. Terremoto, daños por agua, inundación, rotura de vidrios y cristales, bienes refrigerados, alquiler por ocupación temporal, artículos valiosos, robo, asalto o atraco, hurto, rotura de bienes nuevos en tránsito, remoción temporal de escombros, honorarios de arquitectos, topógrafos o ingenieros, gastos de extinción, línea blanca, rotura de piezas sanitarias.				La Suma Asegurada se determinará como un porcentaje de la Suma Asegurada para Estructura; Para cada área, si lo desea puede seleccionar el porcentaje de la Suma Asegurada o indicar Ud. los montos para cada una de ella, detallando su descripción en la Hoja de Inventario.	

Daños internos. (Cobertura opcional)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Sección III. Responsabilidad Civil Familiar (opcional)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Asistencia domiciliaria (opcional)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Asistencia legal (opcional)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Responsabilidad civil locativa (opcional)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Responsabilidad civil ante vecinos (opcional)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Predio Asegurable

El predio colinda con:

- Inmueble desocupado, abandonado o en ruinas.
 Terreno sin edificar.
 Obra en demolición.
 Río o quebrada a _____ mts.
 Ninguno de los anteriores.

¿El inmueble es para uso vacacional? Si No

Nota: Para otorgar la cobertura de Robo, si el inmueble está ubicado entre la planta baja y hasta el tercer piso deben mantener instalados rejas metálicas o puertas de seguridad en todos los accesos a la residencia, al igual que en ventanas, aparatos de aire acondicionado externos y extractores. Un sistema antirrobo en perfecto estado de funcionamiento puede sustituir el requisito anterior.

VI. EXPERIENCIA CON OTRAS PÓLIZAS

SINIESTROS

Compañía de seguro	N° Solicitante	Tipo/Causa	Monto pérdida

(Sin exceder del saldo de su acreencia al momento del siniestro ni de la suma asegurada sobre los bienes dados en garantía)

Apellidos y Nombres / Nombre Razón Social	N° de C.I / RIF
---	-----------------

VII. AUTORIZACIÓN Y COMPROMISO

El Tomador y/o Propuesto Asegurado en caso de otorgamiento de la póliza, autoriza a debitar de la cuenta abajo indicada, el monto correspondiente a la prima de este seguro y se compromete a mantener en la cuenta dicho monto en la fecha de la exigibilidad o de lo contrario se entenderá como su voluntad expresa de no continuar con el seguro.

Tipo Moneda: <input type="checkbox"/> Bs <input type="checkbox"/> USD	<input type="checkbox"/> Depósito en Banco <input type="checkbox"/> Cheque <input type="checkbox"/> Cargo en cuenta <input type="checkbox"/> TDC. Fecha de Vencimiento / /
	Nro. de Cuenta / Nro. Tarjeta del Tomador: Banco: _____

VIII. DOMICILIACIÓN DE PAGO DE SINIESTROS

El Tomador y/o Propuesto Asegurado autoriza que todos los pagos de siniestros se efectúen en la cuenta bancaria:

Banco: _____ Nro. Cuenta Beneficiario: _____ Tipo: Ahorro Corriente

IX. NOTIFICACIONES

El tomador y/o Propuesto Asegurado instruyen al asegurador a que cualquier notificación derivada del presente contrato, se realice a la siguiente dirección de correo electrónico: _____

X. DECLARACIONES

Yo, _____, el Tomador declaro que:

A. El dinero utilizado para el pago de la prima proviene de fuentes lícitas y por lo tanto, no tiene relación alguna con actividades o acciones derivadas de operaciones ilícitas previstas en las Leyes Vigentes en materia de seguros y en las Normas sobre Administración de Riesgos de Legitimación de Capitales Financiamiento al Terrorismo y Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva (ARLC/FT/FPADM.).

Yo, _____, el Propuesto Asegurado declaro que:

B. Toda la información aquí suministrada es cierta y puede ser corroborada por la compañía de seguros cuando lo considere conveniente.

C. Autorizo a Banesco Seguros, C.A. para compartir e intercambiar con terceras personas vinculadas a él, la información contable, económica, financiera y cualquier otra que le haya entregado a dicha aseguradora, a propósito de la suscripción del producto o servicio que corresponda;

D. Da fe que todos los bienes declarados en la solicitud de seguro, para pólizas del ramo de patrimoniales, son propiedad del asegurado.

Lugar y Fecha

Firma del Tomador

Huella Dactilar del Pulgar Derecho del Tomador

Firma del Propuesto Asegurado

Huella Dactilar del Pulgar Derecho del Propuesto Asegurado

XII. DATOS DEL PRODUCTOR

Apellido y Nombre:	Código Nº:	Nº de Cédula:	% Participación	Firma: