

Solicitud de Seguros Combinado de Industria y Comercio

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	Ingreso Anual en USD (Calcular a la tasa de cambio publicada por el BCV)			
Indique cargo:	<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	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)		
Especifique:		<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				

Solicitud de Seguros Combinado de Industria y Comercio

II. DATOS DEL PROPUESTO ASEGURADO PN Persona Natural PJ Persona Jurídica

Si el Tomador es el mismo asegurado, marque este recuadro 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	<input type="checkbox"/> más de 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"/> 45.001 a 90.000 <input type="checkbox"/> más de 90.000	<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

Capital Suscrito (en Bs.).	Capital Pagado (en Bs.).
----------------------------	--------------------------

Persona expuesta políticamente (PEP): Es (PEP) Tiene parentesco con (PEP) 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)
----------------------	------------------------------	------------------------------------

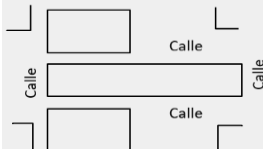
III. DATOS DEL RIESGO

Indole:	Dirección del Riesgo:	Ciudad:	Estado:
---------	-----------------------	---------	---------

Zona Postal	Año de Construcción:	Cantidad de Pisos:	Número de Locales a Riesgo:	Tipo: <input type="checkbox"/> Industrial <input type="checkbox"/> No Industrial	¿Tiene Depósito? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No % _____ de almacenamiento
-------------	----------------------	--------------------	-----------------------------	---	---

¿Posee Planta Eléctrica? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Utiliza Sustancias Inflamables? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Tipo: _____	Otros Ocupantes: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Actividad: _____	Distancia a Ríos y Quebradas: A _____ mts	¿Asegura a otras localidades? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No N° _____
---	--	---	--	--

Linderos de la Ubicación del Riesgo

Norte:	
Sur:	
Este:	
Oeste:	

Tipo de Construcción

Estructura:	<input type="checkbox"/> Concreto armado, hierro revestido de concreto <input type="checkbox"/> Metálica son revestimiento <input type="checkbox"/> Madera
-------------	--

Techos:	<input type="checkbox"/> Concreto armado, placas de concreto, platabanda (hasta 10% de materiales no combustibles) <input type="checkbox"/> Láminas de zinc, hierro o asbeto (hasta 10% de materiales plásticos) <input type="checkbox"/> Maderas, láminas de aluminio, láminas no combustibles sobre armazón de mandera
---------	--

Solicitud de Seguros Combinado de Industria y Comercio

Paredes	<input type="checkbox"/> Ladrillo macizo, piedra, concreto, bloques de arcilla y cemento, huecos y frisados por ambos lados. <input type="checkbox"/> Hierro, asbesto, zinc, bloques de arcilla o cemento huecos y bloques de ventilación. <input type="checkbox"/> Madera, bahareque, caña, láminas de aluminio, cartón prensado, madera comprimida y similar.
Puertas	<input type="checkbox"/> Sin puertas de vidrio o superiores a 15 mm <input type="checkbox"/> Puertas de vidrio superior a 15 mm <input type="checkbox"/> Puertas batientes <input type="checkbox"/> Puertas arrollables

Sistemas de Prevención y Protección

Sistemas Mínimos	<input type="checkbox"/> Alarma <input type="checkbox"/> Detección <input type="checkbox"/> Extinción Portátil	Hidrantes	<input type="checkbox"/> Internos <input type="checkbox"/> Externos <input type="checkbox"/> Con impulsión propia <input type="checkbox"/> Sin impulsión propia	
Sistemas Adicionales	Vigilancia <input type="checkbox"/> Con reloj control <input type="checkbox"/> Sin reloj control	Brigada Contra Incendio	<input type="checkbox"/> Personal Bomberil Profesional <input type="checkbox"/> Sin Personal Bomberil profesional	
Sistemas Especiales Extinción	<input type="checkbox"/> Halón <input type="checkbox"/> Bióxido de Carbono <input type="checkbox"/> Espuma <input type="checkbox"/> Polvo Qim. Seco <input type="checkbox"/> Agua Pulverizada	Rociadores:	<input type="checkbox"/> Abiertos <input type="checkbox"/> Automáticos (Protección Parcial): <input type="checkbox"/> Con una Fuente de Agua <input type="checkbox"/> Con dos Fuentes de Agua	
Sistemas de Protección Contra Robo	Alarma:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Protección en puertas y vitrales:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	Conexión de Cuerpo de Vigilancia:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Otras Protecciones Físicas:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

IV. COBERTURAS

Bienes Asegurar	Valores a Riesgo	% A Primer Riesgo (Suma a Asegurar)					
		Básica (Incendio)	Motín (**)	Terremoto (**)	Daños por Agua (**)	Inundación (**)	Robo, Asalto y Atraco (**)
Edificaciones							
Cimientos							
Maquinaria y Equipos Industriales Fijo (*)							
Maquinaria y Equipos Industriales Móviles (*)							
Instalaciones							
Existencias							
Existencias Declarativas							
Suministros							
Mejoras y Bienhechurías							
Mobiliario, Enseres y útiles							
Equipos Electrónicos (*)							
Artículo único							
Total							

Coberturas temporales: <input type="checkbox"/> Fijo Desde:	Hasta:	<input type="checkbox"/> Provisional: Desde:	Hasta:
Existencia Aumento Temporal (Fijo)			
Existencia Aumento Temporal (Provisional)			

(*) El tomador debe anexar listado descriptivo de los bienes indicando: Marca, Modelo, Año, Serial, Valor de Reposición, etc.

(**) Coberturas Opcionales.

Coberturas Opcionales	Datos Específicos	Suma a Asegurar
Pérdida de Renta		

Solicitud de Seguros Combinado de Industria y Comercio

Daños Maliciosos			
Bienes Refrigerados		Tipo:	
Vidrios y Anuncios			
Deshonestidad, Desaprecio y Destrucción	Fidelidad, Dinero y Falsificación		
	Dinero en Local		
	Dinero en Tránsito		
	Falsificación		
Responsabilidad Civil	Responsabilidad Civil Extracontractual		
	Riesgo Locativo		
	Responsabilidad Civil de producto		
Ingeniería	Equipos Electrónicos		
	Rotura de Maquinaria		

Datos Complementarios

Indique la cantidad de Accionistas _____ Socios _____ y los nombres de los Principales:

Apellidos	Nombres

¿Se llevan libros de Contabilidad de acuerdo a las leyes? No Sí Fecha de último Inventario:
¿Dónde se guardan los libros de Contabilidad? _____

V. EXPERIENCIA CON OTRAS PÓLIZAS (Siniestros)

Compañía de Seguros	N° de Solicitante	Tipo / Causa	Monto Perdida	Fecha de Ocurrencia	N° de Póliza

VI. BENEFICIARIO PREFERENCIAL

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.

Solicitud de Seguros Combinado de Industria y Comercio

VIII. PAGO DE PRIMA

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: _____	

IX. 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

X. 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: _____

XI. 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: