

I. DATOS DEL TOMADOR

Datos de Identificación: Persona Natural / 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	Profesión:	Oficio (ocupación):	Declaración I.S.L.R.: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Área o Ramo:			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:		Nº 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) <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
Especifique:		
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): Es (PEP) Tiene parentesco con (PEP) 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"/> Ofc. <input type="checkbox"/> Apto.:		<input type="checkbox"/> Piso <input type="checkbox"/> Nivel:	
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: Habitación Oficina

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	Declaración I.S.L.R.: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Especifique:	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:
--	---	---------------------	----------------------

Compañía de seguro	N° Solicitante	Tipo/Causa	Monto pérdida

VIII. 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
---	-----------------

IX. 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.

X. 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: _____

XI. 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

XII. 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: _____

XIII. 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

XIV. DATOS DEL PRODUCTOR

Apellido y Nombre:	Código N°:	N° de Cédula:	% Participación	Firma: