

I. DATOS DEL TOMADOR / ASEGURADO				
<input type="checkbox"/> Automóvil <input type="checkbox"/> Patrimoniales <input type="checkbox"/> Salud y Personas <input type="checkbox"/> Fianzas				
II. DATOS DEL TOMADOR				
Datos de Identificación: Representante Legal				
Identificación (C.I. o Pasaporte): <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> P N°:	Primer Nombre:	Segundo Nombre:	Primer Apellido:	Segundo Apellido:
RIF:	Fecha de nacimiento: / /	Nacionalidad:		
Actividad económica: <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Ejercicio <input type="checkbox"/> Independiente	Área o Ramo:	Profesión:	Ocupación:	
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				
Razón Social:	RIF:			
Es Organización sin fines de lucro (OSFL): <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	Especifique:			
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 con él relacionado:	
Domicilio del tomador				
País:	Estado:	Dirección:		
Telf. (Cód.) Número:	Telf. Celular:	E-mail:	Cuenta de Red Social:	
II. DATOS DEL ASEGURADO				
Si el Tomador es el mismo asegurado, marque este recuadro <input type="checkbox"/> En caso contrario complete la información anexa PN: Persona natural PJ: Persona jurídica				
Nombres y apellidos o razón Social:		C.I. / R.I.F. / Pasaporte :		
Actividad económica: PN: <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Ejercicio Independiente PJ: <input type="checkbox"/> Industrial <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Actividad Profesional	Área o Ramo:	(PN) Profesión:	(PN) Ocupación:	
Relación laboral con Organización sin fines de lucro (OSFL): <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Función o cargo:	(PN) Fecha de nacimiento:	(PJ) Patrimonio (en \$.): <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		
Ingreso Anual en USD (Calcular a la tasa de cambio publicada por el BCV) PN: <input type="checkbox"/> menos de 5.000 <input type="checkbox"/> 5.000 a 15.000 <input type="checkbox"/> 5.001 a 30.000 <input type="checkbox"/> más de 30.000 PJ: <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				
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:	
Domicilio del asegurado				
País:	Estado:	Dirección:		
Telf. (Cód.) Número:	Telf. Celular:	E-mail:	Cuenta de Red Social:	
IV. DECLARACIONES				
El Tomador y/o Solicitante como Asegurado declaran bajo fe de Juramento que: A. Toda la información aquí suministrada es cierta y puede ser corroborada por la compañía de seguros cuando lo considere conveniente. B. 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 y Otros Ilícitos (ARLC/FT/FPADM/OI) C. Autoriza 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 Auto y del ramo de patrimoniales, son propiedad del asegurado. E. Que el Correo Electrónico suministrado me pertenece e identifica, por lo que autorizo expresamente al Asegurador para enviarme todos los documentos que forman parte del contrato y cualquier comunicación pertinente por este medio.				
_____		_____		
Lugar y fecha		Firma y huella del tomador		
V. DATOS DEL PRODUCTOR				
Actuando como intermediario(s) de Seguros certifico (amos) que el presente formulario fue debidamente completado en todas sus partes por el Solicitante o Afianzado, según corresponda, dando cumplimiento con lo indicado en la Ley de Contrato vigente.				
CÓDIGO	APELLIDOS Y NOMBRES	FIRMA Y HUELLA DACTILAR		