

# Solicitud de Seguros Todo Riesgo Industrial

## 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 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:		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
Actividad Económica: <input type="checkbox"/> Industrial <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Actividad Profesional	Productos o Servicios que ofrece:	
<b>Nombre del Registro</b>	<b>Circunscripción Judicial:</b>	<b>Registro Mercantil / Registro Público</b>
		<b>Tomo</b> <b>Número</b> <b>Fecha</b>
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:
<b>Dirección de domicilio del tomador</b>			
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: 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 Especifique:	Declaración I.S.L.R.: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Monto:

# Solicitud de Seguros Todo Riesgo Industrial

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 15.001 a 30.000	<input type="checkbox"/> 5.000 a 15.000 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): <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				
Índole:	Índole declarada:		Dirección del riesgo:	
Ciudad:	Estado:	Zona postal:	Teléfono/fax:	Correo:
Datos del registro del inmueble:		Fecha compra: _____	Fecha registro: ____/____/____	
Linderos				
Norte:				Tipo:
Sur:				<input type="checkbox"/> Industrial
Este:				<input type="checkbox"/> No industrial
Oeste:				<input type="checkbox"/> Depósito y almacenaje
DATOS CORRESPONDIENTES A LA COBERTURA TODO RIESGO INDUSTRIAL				
Tipo de Construcción				
Estructura:	<input type="checkbox"/> Concreto armado, hierro revestido de concreto <input type="checkbox"/> Metálica sin 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 asbesto (hasta 10% materiales plásticos) <input type="checkbox"/> Maderas, láminas de aluminio, láminas no combustibles sobre armazón de madera			
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 hueco y bloques de ventilación <input type="checkbox"/> Madera, bahareque, caña, láminas de aluminio, cartón prensado, madera comprimida y similares.			
Fachada:	<input type="checkbox"/> Obra limpia con menos del 50% en ventanería <input type="checkbox"/> Cerámica, loza, mármol u otro material <input type="checkbox"/> Vidrios o ventanales completos, muros, cortinas de vidrio o plástico. <input type="checkbox"/> Elementos pre-fabricados.			
Otras clases de edificaciones	<input type="checkbox"/> Tanques subterráneos <input type="checkbox"/> Tanques metálicos <input type="checkbox"/> Tanques metálicos con mas de 4mts <input type="checkbox"/> Torres, chimeneas, antenas mayores a 60 mts. <input type="checkbox"/> Puentes grúa con capacidad mayor a 100 Ton.			

# Solicitud de Seguros Todo Riesgo Industrial

Sistemas de Prevención y Protección contra Incendio					
Sistemas mínimos	Hidratantes	Rociadores	Fuente de agua	Vigilancia	Brigada contra incendio
<input type="checkbox"/> Alarma <input type="checkbox"/> Detección <input type="checkbox"/> Extinción portátil	<input type="checkbox"/> Internos <input type="checkbox"/> Externos <input type="checkbox"/> Con imp.propia <input type="checkbox"/> Sin imp.propia	<input type="checkbox"/> Abiertos <input type="checkbox"/> Automáticos	<input type="checkbox"/> Una <input type="checkbox"/> Dos	<input type="checkbox"/> Con reloj control <input type="checkbox"/> Sin reloj control	<input type="checkbox"/> Personal profesional <input type="checkbox"/> Personal no profesional
Sistemas especiales de extinción					
<input type="checkbox"/> Halón <input type="checkbox"/> Bióxido de carbono <input type="checkbox"/> Espuma <input type="checkbox"/> Polvo químico seco <input type="checkbox"/> Agua pulverizada <input type="checkbox"/> Otro (especifique):					
Otros datos del inmueble					
Tipo de contrato: <input type="checkbox"/> Propiedad <input type="checkbox"/> Arrendamiento <input type="checkbox"/> Infructuoso <input type="checkbox"/> Comodato			Años de construcción:		Sustancias Inflamables
Nro. de pisos:	¿Existe algún hecho o circunstancia que pueda afectar la valoración del riesgo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No (especifique):			<input type="checkbox"/> Gasolina <input type="checkbox"/> Thiner <input type="checkbox"/> Varsol <input type="checkbox"/> Gasoil <input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Kerosene <input type="checkbox"/> Otro:	
Bienes y coberturas Todo Riesgo Industrial					
Bienes asegurar	Valores a riesgo	Suma asegurada	Bienes asegurar	Valores a riesgo	Suma asegurada
<input type="checkbox"/> Edificaciones			<input type="checkbox"/> Existencia declarativa		
<input type="checkbox"/> Cimientos			<input type="checkbox"/> Suministros		
<input type="checkbox"/> Maquinaria y Equipos Industriales			<input type="checkbox"/> Mejoras y Bienhechurias <input type="checkbox"/> Mobiliario, Enseres y Útiles		
<input type="checkbox"/> Instalaciones			<input type="checkbox"/> Equipos Electrónicos		
<input type="checkbox"/> Existencias			<input type="checkbox"/> Artículo Único		
Tipo de lucro cesante: <input type="checkbox"/> Forma Americana% <input type="checkbox"/> Forma Inglesa					
Coberturas básicas		% a primer riesgo	Coberturas básicas		% a primer riesgo
<input type="checkbox"/> Daños materiales			<input type="checkbox"/> Terremoto y/o temblor de tierra		
<input type="checkbox"/> Motín, Disturbios Laborales y Daños Maliciosos			<input type="checkbox"/> Extensión de Cobertura (Huracán, ventarrón o tempesta, humo e impacto de vehículos)		
Coberturas adicionales					Suma asegurada
el Tomador no esta obligado a contratar coberturas adicionales u opcionales					
Innudación	Aplica a primera pérdida <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Terrorismo	Aplica <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Daños por agua	Aplica a primera pérdida <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Lucro cesante terrorismo	Aplica <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Cobertura automática	Aplica <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Daños al local	Aplica <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
pérdida de renta	Nro. meses		Gastos extraordinarios	Aplica <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Pérdida indirecta	% de partidas asegurables		Gastos de extinción de incendio	Aplica <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Rotura de maquinaria	Aplica <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Honorarios de Arquitectos, Topógrafos e Ingenieros	Aplica <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Lucro por rotura de maquinaria	Aplica <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
Equipos electrónicos	Aplica <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Rotura de vidrios	Aplica <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Portadores externos de dato	Aplica <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Rotura de anuncios	Aplica <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Incremento de costo de operaciones	Aplica <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Deterioro de bienes refrigerados	Aplica <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Robo, asalto y atraco	Aplica <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Demolición, Remoción y Limpieza de escombros	Aplica <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Hurto y/o desap. misteriosa	Aplica <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			Aplica <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
IV. LUCRO CESANTE					
Tiempo normal de trabajo de empresa a asegurar:					
Diario : ____ horas en : ____ turnos, Semanal: ____ horas, Anual: ____ días: ____					
Acusa la producción y venta de la empresa por asegurar fluctuaciones estacionales superiores al 20%: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No. En caso afirmativo indicar cifras mensuales:					
Hay existencias de productos terminados o semielaborados: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No. En caso afirmativo, durante que período de interrupción alcanzan esas existencias:					
Se efectúan suministros contra el pago por cartas de crédito: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No. En caso afirmativo, qué porción de las ventas corresponde a dichos suministros:					
Lleva la empresa a asegurar su propia contabilidad : <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No. En caso negativo indicar nombre, dirección y teléfono del contador externo:					

# Solicitud de Seguros Todo Riesgo Industrial

Nombre y apellido:	Teléfono de contacto:	Dirección:
--------------------	-----------------------	------------

## V. EXPERIENCIA CON OTROS SEGUROS

### Contratos

Compañía	Tipo póliza/ramo	Vigencia	Suma asegurada	Póliza Nro.

### Reclamos

Compañía	Tipo póliza/ramo	Tipo/causa	Monto pérdida	Póliza Nro.

## VI. BENEFICIARIO(S) PREFERENCIAL(ES)

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

Nombre y Apellido/Razón social:	Cédula o RIF:
---------------------------------	---------------

## VII. 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

## VIII. DATOS DEL PRODUCTOR

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