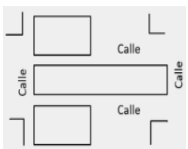


Solicitud de Seguros Combinado Residencial

I. DATOS DEL TOMADOR				
Datos de Identificación: ☐ Persona Natural / ☐ Representante Legal				
Carácter en que contrata: ☐ Propia ☐ Ajena	Primer Nombre:	Segundo Nombre:	Primer Apellido:	Segundo Apellido:
Identificación (C.I. o Pasaporte): ☐ V ☐ E ☐ P N°:				
RIF:	Estado Civil: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viudo	Lugar de nacimiento	Nacionalidad	
Sexo: ☐ F ☐ M	Fecha de nacimiento: / /			
Actividad económica: ☐ Societario ☐ Dependiente ☐ Independiente ☐ Comerciante Área o Ramo:	Profesión:	Oficio (ocupación):	Declaración I.S.L.R.: ☐ Si ☐ No Monto:	
Relación laboral con Organización Sin Fines de Lucro (OSFL): ☐ Si ☐ No Indique cargo:	Ingreso Anual en USD (Calcular a la tasa de cambio publicada por el BCV) ☐ menos de 5.000 ☐ 5.000 a 15.000 ☐ 15.001 a 30.000 ☐ más de 30.000			
Datos de Identificación: Persona Jurídica (solo si aplica)				
Razón Social:			N°RIF:	
Es Organización sin fines de lucro ☐ Si ☐ No	Tipo de Empresa ☐ Privada ☐ Pública	Ingreso Anual en USD (Calcular a la tasa de cambio publicada por el BCV) ☐ menos de 15.000 ☐ 15.000 a 45.000 ☐ 45.001 a 90.000 ☐ más de 90.000		
Especifique: ☐ Industrial ☐ Comercial ☐ 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.).	☐ menos de 45.000 ☐ 45.000 a 90.000 ☐ 90.001 a 140.000 ☐ más de 140.000			
Usted declara Impuesto Sobre La Renta: ☐ Si ☐ 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:	
☐ Av. ☐ Calle ☐ Transversal Nro:	☐ Casa ☐ Quinta ☐ Local ☐ CC ☐ Torre Nro:		☐ Piso ☐ Nivel Nro:	
☐ Ofc. ☐ Apto. Nro:	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:	
☐ Av. ☐ Calle ☐ Transversal Nro:	☐ Casa. ☐ Quinta. ☐ Local ☐ CC ☐ Torre Nro:		☐ Piso ☐ Nivel Nro:	
☐ Ofc. ☐ Apto. Nro:	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:	

Solicitud de Seguros Combinado Residencial

Vinculación con Organización Sin Fines de Lucro (OSFL): ☐ Si ☐ No Especifique:				Declaración I.S.L.R.: ☐ Si ☐ No Monto:	
Si es Persona Natural					
Estado Civil: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viudo		Sexo: ☐ F ☐ M		Lugar de nacimiento	
Fecha de nacimiento:		Nacionalidad		Profesión:	
Oficio (ocupación):		Actividad económica: ☐ Societario ☐ Dependiente ☐ Independiente ☐ Comerciante Área o Ramo:			
Ingreso Anual en USD (Calcular a la tasa de cambio publicada por el BCV): ☐ menos de 5.000 ☐ 5.000 a 15.000 ☐ 15.001 a 30.000 ☐ más de 30.000					
Si es Persona Jurídica					
Actividad Económica: ☐ Industrial ☐ Comercial ☐ Actividad Profesional			Productos o Servicios que ofrece:		
Ingreso anual en USD (Calcular a tasa de cambio del BCV) ☐ menos de 15.000 ☐ 15.000 a 45.000 ☐ 45.001 a 90.000 ☐ más de 90.000			Patrimonio (en \$.): ☐ menos de 45.000 ☐ 45.000 a 90.000 ☐ 90.001 a 140.000 ☐ más de 40.000		
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:		☐ Av. ☐ Calle ☐ Transversal ☐ Casa ☐ Quinta ☐ Local ☐ CC ☐ Torre		☐ Piso ☐ Nivel ☐ Nro:	
☐ Ofc. ☐ Apto. ☐ Nro:		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:		
Linderos					
Norte:					
Sur.					
Este.					
Oeste.					
Uso de la residencia:		Tipo de residencia:		Urbanización:	
Calle:		Avenida:		Nombre Edif. ☐ Casa ☐ :	
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.			☐ Si ☐ No		

Solicitud de Seguros Combinado Residencial

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)	☐ Si ☐ No
Sección III. Responsabilidad Civil Familiar (opcional)	☐ Si ☐ No
Asistencia domiciliaria (opcional)	☐ Si ☐ No
Asistencia legal (opcional)	☐ Si ☐ No
Responsabilidad civil locativa (opcional)	☐ Si ☐ No
Responsabilidad civil ante vecinos (opcional)	☐ Si ☐ 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: ☐ Bs ☐ USD	☐ Depósito en Banco ☐ Cheque ☐ Cargo de cuenta ☐ TDC. Fecha de Vencimiento / / Nro. de Cuenta / Nro. Tarjeta del Tomador: Banco: _____
--	--

VIII. DOMICILIACIÓN DE PAGO DE SINIESTROS

Solicitud de Seguros Combinado Residencial

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

El Tomador, Asegurado o Beneficiario de la Póliza que sienta vulneración de sus derechos y requiera presentar cualquier denuncia, reclamo o queja derivada del Contrato de Seguros o de cualquier operación relacionada con la Actividad Aseguradora, puede comunicarlo a la dirección de correo electrónico: [BSV Defensor Asegurado@banescoseguros.com](mailto:BSV_Defensor_Asegurado@banescoseguros.com)

XII. DATOS DEL PRODUCTOR

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