

## Solicitud de Seguros Riesgos Diversos

| I. DATOS DEL TOMADOR                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                            |                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| Datos de Identificación: <input type="checkbox"/> Persona Natural / <input type="checkbox"/> Representante Legal                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                            |                   |
| Carácter en que contrata:<br><input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Ajena                                                                                                   | Primer Nombre:                                                                                                                                                                                                                              | Segundo Nombre:                                                                                                                                                                                                                               | Primer Apellido:                                                                           | Segundo Apellido: |
| Identificación (C.I. o Pasaporte):<br><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<br><input type="checkbox"/> Viudo                                                                                        | Lugar de nacimiento                                                                                                                                                                                                                           | Nacionalidad                                                                               |                   |
| Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M                                                                                                                                   | Fecha de nacimiento: / /                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                            |                   |
| Actividad económica:<br><input type="checkbox"/> Societario <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Comerciante<br>Área o Ramo:  | Profesión:                                                                                                                                                                                                                                  | Oficio (ocupación):                                                                                                                                                                                                                           | Declaración I.S.L.R.:<br><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No<br>Monto: |                   |
| Relación laboral con Organización Sin Fines de Lucro (OSFL):<br><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No<br>Indique cargo:                                                     | Ingreso Anual en USD (Calcular a la tasa de cambio publicada por el BCV)<br><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 (solo si aplica)                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                            |                   |
| Razón Social:                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                               | N° RIF:                                                                                    |                   |
| Es Organización Sin Fines de Lucro (OSFL)<br><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No<br>Especifique:                                                                          | Tipo de Empresa<br><input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Pública                                                                                                                                                        | Ingreso Anual en USD (Calcular a la tasa de cambio publicada por el BCV)<br><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:<br><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 (P.E.P.): <input type="checkbox"/> Es (P.E.P.) <input type="checkbox"/> Tiene parentesco con (P.E.P.) <input type="checkbox"/> Es asociado cercano de (P.E.P.) |                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                            |                   |
| 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:<br>Nro:                                                                                     | <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Quinta <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Torre<br>Nro:                                                                             | <input type="checkbox"/> Piso <input type="checkbox"/> Nivel:<br>Nro:                                                                                                                                                                         |                                                                                            |                   |
| <input type="checkbox"/> Ofc. <input type="checkbox"/> Apto.:<br>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:                                                                              |                   |
| <input type="checkbox"/> Av. <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Transversal<br>Nro:                                                                                      | <input type="checkbox"/> Casa. <input type="checkbox"/> Quinta. <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Torre<br>Nro:                                                                           | <input type="checkbox"/> Piso <input type="checkbox"/> Nivel<br>Nro:                                                                                                                                                                          |                                                                                            |                   |
| <input type="checkbox"/> Ofc. <input type="checkbox"/> Apto.<br>Nro:                                                                                                                          | Zona Postal:                                                                                                                                                                                                                                | E-mail:                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                            |                   |
| Dirección de Cobro: <input type="checkbox"/> Habitación <input type="checkbox"/> Oficina                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                            |                   |

## Solicitud de Seguros Riesgos Diversos

| II. DATOS DEL PROPUESTO ASEGURADO <input type="checkbox"/> PN Persona Natural <input type="checkbox"/> PJ Persona Jurídica                                                                                                                   |                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Si el Tomador es el mismo asegurado, marque este recuadro <input type="checkbox"/> 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 (OSFL): <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No<br>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<br><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:<br><input type="checkbox"/> Societario <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Comerciante<br>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<br><input type="checkbox"/> 15.001 a 30.000 <input type="checkbox"/> más de 30.000 |                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                              |
| Si es Persona Jurídica                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                              |
| Actividad Económica:<br><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<br><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:<br>Nro:                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Quinta <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Torre<br>Nro: | <input type="checkbox"/> Piso <input type="checkbox"/> Nivel:<br>Nro:                                                                                               |                                                                                                                                                                                              |
| <input type="checkbox"/> Ofc. <input type="checkbox"/> Apto.:<br>Nro:                                                                                                                                                                        | Zona Postal:                                                                                                                                                    | E-mail:                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                              |
| Telf. (Cód.) Número:                                                                                                                                                                                                                         | Telf. Celular (Cód.) Número:                                                                                                                                    | Cuenta de Red Social (Especifique)                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                              |
| III. DATOS DEL RIESGO                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                              |
| Tipo de riesgo: <input type="checkbox"/> Residencial <input type="checkbox"/> Industrial <input type="checkbox"/> No industrial                                                                                                              |                                                                                                                                                                 | Índole del riesgo:                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                              |
| Interés Asegurado:                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                              |
| Descripción del Interés Asegurado:                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                              |
| Fecha de registro de la compañía:                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                 | Fecha de compra de la compañía:                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                              |
| IV. DETALLE DE LOS BIENES ASEGURADOS                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                              |
| Bien asegurado                                                                                                                                                                                                                               | Cantidad                                                                                                                                                        | Descripción detallada                                                                                                                                               | Ubicación                                                                                                                                                                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                              |

## Solicitud de Seguros Riesgos Diversos

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                        |                   |                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|----------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                        |                   |                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                        |                   |                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                        |                   |                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                        |                   |                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                        |                   |                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                        |                   |                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                        |                   |                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                        |                   |                      |
| <b>V. COBERTURAS BÁSICAS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                        |                   |                      |
| <b>Coberturas</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>Suma a asegurar</b>                                                                                                                                                 |                   |                      |
| Básica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                        |                   |                      |
| <b>VI. COBERTURAS OPCIONALES</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                        |                   |                      |
| El Tomador no está obligado a seleccionar las coberturas opcionales (tiene la facultad de escoger libremente las coberturas que desee)                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                        |                   |                      |
| Traslado terrestre                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                        |                   |                      |
| Hurto y/o Desaparición misteriosa                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                        |                   |                      |
| <b>VII. EXPERIENCIA CON OTRAS PÓLIZAS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                        |                   |                      |
| <b>SINIESTROS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                        |                   |                      |
| <b>Compañía de seguro</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>Nº Solicitante</b>                                                                                                                                                  | <b>Tipo/Causa</b> | <b>Monto pérdida</b> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                        |                   |                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                        |                   |                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                        |                   |                      |
| <b>VIII. BENEFICIARIO PREFERENCIAL</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                        |                   |                      |
| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                        | Nº de C.I / RIF   |                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                        |                   |                      |
| <b>IX. AUTORIZACIÓN Y COMPROMISO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                        |                   |                      |
| 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. |                                                                                                                                                                        |                   |                      |
| <b>X. PAGO DE PRIMA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                        |                   |                      |
| Tipo Moneda:<br><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: _____                                                                                                                                                           |                   |                      |

## Solicitud de Seguros Riesgos Diversos

### 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.



Huella Dactilar del Pulgar Derecho del Tomador

\_\_\_\_\_  
Lugar y Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma 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)

### XIV. DATOS DEL PRODUCTOR

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