

Solicitud de Seguros Todo Riesgo Industrial

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 Especifique:	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		
Actividad Económica: ☐ 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 \$.): ☐ menos de 45.000 ☐ 45.000 a 90.000 ☐ 90.001 a 140.000 ☐ más de 140.000			
Capital Pagado (en Bs.).				
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 Todo Riesgo Industrial

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 140.000		
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:		Nro:		Nro:	
☐ Ofc. ☐ Apto.:		Zona Postal:		E-mail: Nro:	
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: Correo:	
Datos del registro del inmueble: Fecha compra: ____/____/____ Fecha registro: ____/____/____					
Línderos					
Norte:				Tipo:	
Sur:				☐ Industrial ☐ No industrial ☐ Depósito y almacenaje	
Este:					
Oeste:					
IV. DATOS CORRESPONDIENTES A LA COBERTURA TODO RIESGO INDUSTRIAL					
Tipo de Construcción					
Estructura:	☐ Concreto armado, hierro revestido de concreto ☐ Metálica con revestimiento ☐ Madera				
Techos:	☐ Concreto armado, placas de concreto, platabanda (hasta 10% de materiales no combustibles) ☐ Láminas de zinc, hierro o asbesto (hasta 10% de materiales plásticos) ☐ Maderas, láminas de aluminio, láminas no combustibles sobre armazón de madera				
Paredes:	☐ Ladrillo macizo, piedra, concreto, bloques de arcilla y cemento, huecos y frisados por ambos lados. ☐ Hierro, asbesto, zinc, bloques de arcilla o cemento huecos y bloques de ventilación. ☐ Madera, bahareque, caña, láminas de aluminio, cartón prensado, madera comprimida y similar.				
Fachada:	☐ Obra limpia con menos del 50% en ventanería ☐ Cerámica, loza, mármol u otro material ☐ Vidrios o ventanales completos, muros, cortinas de vidrio o plástico. ☐ Elementos prefabricados.				

Solicitud de Seguros Todo Riesgo Industrial

Otras clases de edificaciones	☐ Tanques subterráneos ☐ Tanques metálicos ☐ Tanques metálicos con más de 4mts ☐ Torres, chimeneas, antenas mayores a 60 mts. ☐ Puentes grúa con capacidad mayor a 100 Ton.				
Sistemas de Prevención y Protección					
Sistemas Mínimos	Hidrante	Rociadores:	Fuente de agua	Vigilancia	Brigada Contra Incendio
☐ Alarma ☐ Detección ☐ Extinción Portátil	☐ Internos ☐ Externos ☐ Con impulsión propia ☐ Sin impulsión propia	☐ Abiertos ☐ Automáticos	☐ Una ☐ Dos	☐ Con reloj control ☐ Sin reloj control	☐ Personal Bomberil Profesional ☐ Sin Personal Bomberil profesional
Sistemas Especiales Extinción					
☐ Halón ☐ Bióxido de Carbono ☐ Espuma ☐ Polvo Quím. Seco ☐ Agua Pulverizada Seco ☐ Otro. (especifique)					
Otros datos del inmueble					
Bienes Asegurar	Valores a Riesgo	Suma Asegurada	Bienes Asegurar	Valores a Riesgo	Suma Asegurada
☐ Edificaciones			☐ Existencias Declarativas		
☐ Cimientos			☐ Suministros		
☐ Maquinaria y Equipos Industriales			☐ Mejoras y Bienhechurías		
			☐ Mobiliario, Enseres y útiles		
☐ Instalaciones			☐ Equipos Electrónicos		
☐ Existencias			☐ Artículo único		
Tipo de lucro cesante: ☐ Forma Americana% ☐ Forma Inglesa					
Coberturas temporales: ☐ Fijo Desde: Hasta: ☐ Provisional: Desde: Hasta:					
Coberturas básicas		% a primer riesgo	Coberturas básicas		% a primer riesgo
☐ Daños Materiales			☐ Terremoto y/o temblor de tierra		
☐ Motín, Disturbios Laborales y Daños Maliciosos			☐ Extensión de Cobertura (huracán, ventarrón o tempestad, humo e impactos de vehículos)		
Coberturas adicionales					
El Tomador no está obligado a contratar coberturas adicionales u opcionales					
Inundación	Aplica a primera pérdida ☐ SI ☐ NO		Terrorismo	Aplica ☐ SI ☐ NO	
Daños por Agua	Aplica a primera pérdida ☐ SI ☐ NO		Lucro cesante terrorismo	Aplica ☐ SI ☐ NO	
Cobertura automática	Aplica ☐ SI ☐ NO		Daños al local	Aplica ☐ SI ☐ NO	
Pérdida de Renta	Nro. meses		Gastos extraordinarios	Aplica ☐ SI ☐ NO	
Perdida Indirecta	% de partidas asegurables		Gastos de extinción de incendio	Aplica ☐ SI ☐ NO	
Rotura de maquinaria	Aplica a primera pérdida ☐ SI ☐ NO		Honorarios de Arquitectos, Topógrafos e Ingenieros	Aplica ☐ SI ☐ NO	
Lucro por rotura de maquinaria	Aplica a primera pérdida ☐ SI ☐ NO				
Equipos Electrónicos	Aplica a primera pérdida ☐ SI ☐ NO		Rotura de Vidrios	Aplica ☐ SI ☐ NO	
Portadores externos de dato	Aplica a primera pérdida ☐ SI ☐ NO		Rotura de Anuncios	Aplica ☐ SI ☐ NO	
Incremento de costo de operaciones	Aplica a primera pérdida ☐ SI ☐ NO		Deterioro de bienes refrigerados	Aplica ☐ SI ☐ NO	
Robo, asalto y atraco	Aplica a primera pérdida ☐ SI ☐ NO		Demolición, Remoción y Limpieza de escombros	Aplica ☐ SI ☐ NO	
Hurto y/o desap. misteriosa	Aplica a primera pérdida ☐ SI ☐ NO				
V. LUCRO CESANTE					
Tiempo normal de trabajo de empresa a asegurar:					
Diario: _____ horas en: _____ turnos. Semana: _____ horas. Anual _____ días: _____					
Acusa la producción y venta de la empresa por asegurar fluctuaciones estacionales superiores al 20% ☐ SI ☐ NO En caso afirmativo indicar cifras mensuales:					
Hay existencias de productos terminados o semielaborados: ☐ SI ☐ NO En caso afirmativo, durante que período de interrupción alcanzan esas existencias:					
Se efectúan suministros contra el pago por cartas de crédito: ☐ SI ☐ NO En caso afirmativo, qué porción de las ventas corresponde a dichos suministros.					
Lleva a la empresa a asegurar su propia contabilidad: ☐ SI ☐ NO En caso negativo indicar nombre, dirección y teléfono del contador externo:					
Nombre y Apellido:		Teléfono de Contacto:		Dirección:	
VI. EXPERIENCIA CON OTRAS PÓLIZAS (Siniestros)					
Contratos					

Solicitud de Seguros Todo Riesgo Industrial

Compañía	Tipo póliza/ramo	Vigencia	Suma Asegurada	Póliza Nro.

Reclamos

Compañía	Tipo póliza/ramo	Vigencia	Suma Asegurada	Póliza Nro.

VII. BENEFICIARIO PREFERENCIAL

(Sin exceder del saldo de su ocurrencia 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
---	-----------------

VIII. 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

X. DATOS DEL PRODUCTOR

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