

I. LÍNEA DE NEGOCIO				
<input type="checkbox"/> Automóvil <input type="checkbox"/> Patrimoniales <input type="checkbox"/> Salud y Personas <input type="checkbox"/> Fianzas				
II. DATOS DEL TOMADOR				
i. Datos de Identificación: Representante Legal				
Carácter en que contrata: <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Ajena	Nº C.I./ Pasaporte: <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E	R.I.F. <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E	Primer Apellido:	Segundo Apellido:
Primer Nombre:	Segundo Nombre:	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo	
Fecha de Nacimiento:	Actividad económica: <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Ejercicio Independiente		Área o Ramo:	Profesión:
Oficio u Ocupación:	Relación laboral con Organización sin fines de lucro: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Cargo:	
Indique Tipo de Relación si actúa en representación de una Persona Jurídica: ___ Designado por Junta Directiva (o quien haga sus veces) ___ Apoderado			Persona Contacto:	Teléfono:
ii. Datos de Identificación: Persona Jurídica				
Denominación Razón Social:				
Nombre Comercial:				
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	
Nombre del Registro	Circunscripción Judicial:	Registro Mercantil / Registro Público		
		Tomo	Número	Fecha
Actividad Económica: <input type="checkbox"/> Industrial <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Actividad Profesional		Especifique:		
iii. Datos PEP: Aplica para Representante legal, accionistas o apoderados de la Persona Jurídica.				
Persona expuesta políticamente (PEP)	Nombre del ente de adscripción	Cargo que desempeña	País	Identificación del relacionado
El cliente es (PEP) <input type="checkbox"/>				
Tiene parentesco con (PEP) <input type="checkbox"/>				
Es asociado cercano de (PEP) <input type="checkbox"/>				
iv. Ingreso y Patrimonio: USD se emplea como moneda de cuenta; los cálculos deberán tomar en consideración la tasa de cambio publicada por el BCV al completarse la planilla.				
Ingreso Anual (en \$.): <input type="checkbox"/> menos de 15.000 <input type="checkbox"/> de 15.000 a 45.000 <input type="checkbox"/> de 45.001 a 90.000 <input type="checkbox"/> más de 90.000				
Patrimonio (en \$.): <input type="checkbox"/> menos de 45.000 <input type="checkbox"/> de 45.000 a 90.000 <input type="checkbox"/> de 90.001 a 140.000 <input type="checkbox"/> más de 140.000				
Capital Suscrito (en Bs.).		Capital Pagado (en Bs.):		
v. Dirección de Habitación: Persona Natural o Representante Legal				
País:	Estado:	Ciudad:		
Urbanización:		Av. ___ Calle ___ Transversal:		
___ Casa ___ Quinta ___ Local ___ CC ___ Torre ___ Edif:		___ Piso ___ Nivel:		___ Ofc. ___ Apto.:
Zona Postal:	Telf. (Cód.) Número:	Telf. Celular (Cód.) Número:	Telf. (Cód.) Número:	
E-mail:		Cuenta de Red Social (Especifique)		
vi. Dirección de Oficina: Persona Jurídica				
País:	Estado:	Ciudad:		
Urbanización		Av. ___ Calle ___ Transversal		
___ Casa ___ Quinta ___ Local ___ CC ___ Torre ___ Edif:		___ Piso ___ Nivel:		___ Ofc. ___ Apto.:
Zona Postal:	Telf. (Cód.) Número:	Telf. Celular (Cód.) Número:	Telf. (Cód.) Número:	
Dirección de cobro <input type="checkbox"/> Habitación <input type="checkbox"/> Oficina				
III. DATOS DEL ASEGURADO				
Si el Tomador es el mismo solicitante, marque este recuadro <input type="checkbox"/> En caso contrario complete la información anexa				
i. Datos de Identificación: Representante Legal				
Tipo de Persona <input type="checkbox"/> Natural <input type="checkbox"/> Jurídica	Nº C.I./ Pasaporte: <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E	R.I.F. <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E	Primer Apellido:	Segundo Apellido:
Primer Nombre:	Segundo Nombre:	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo	
Fecha de Nacimiento:	Actividad económica <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Ejercicio Independiente		Área o Ramo	Profesión:



# PLANILLA ÚNICA DE IDENTIFICACIÓN DE CLIENTES PJ

Oficio u Ocupación:	Relación laboral con Organización sin fines de lucro <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Cargo		
Indique Tipo de Relación si actúa en representación de una Persona Jurídica: ___ Designado por Junta Directiva (o quien haga sus veces) ___ Apoderado		Persona Contacto:	Teléfono:	
<b>ii. Datos de Identificación: Persona Jurídica</b>				
Denominación Razón Social:				
Nombre Comercial:				
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		
Nombre del Registro	Circunscripción Judicial:	Registro Mercantil / Registro Público		
		Tomo	Número	Fecha
Actividad Económica: <input type="checkbox"/> Industrial <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Actividad Profesional	Especifique:			
<b>iii. Datos PEP: Aplica para Representante legal, accionistas o apoderados de la Persona Jurídica.</b>				
Persona expuesta políticamente (PEP)	Nombre del ente de adscripción	Cargo que desempeña	País	Identificación del relacionado
El cliente es (PEP) <input type="checkbox"/>				
Tiene parentesco con (PEP) <input type="checkbox"/>				
Es asociado cercano de (PEP) <input type="checkbox"/>				
<b>iv. Ingreso y Patrimonio:</b>				
Ingreso Anual (en \$.):	<input type="checkbox"/> menos de 15.000	<input type="checkbox"/> de 15.000 a 45.000	<input type="checkbox"/> de 45.001 a 90.000	<input type="checkbox"/> más de 90.000
Patrimonio (en \$.):	<input type="checkbox"/> menos de 45.000	<input type="checkbox"/> de 45.000 a 90.000	<input type="checkbox"/> de 90.001 a 140.000	<input type="checkbox"/> más de 140.000
Capital Suscrito (en Bs.):	Capital Pagado (en Bs.):			
<b>v. Dirección de Habitación: Persona Natural o Representante Legal</b>				
País:	Estado:	Ciudad:		
Urbanización	Av. Calle Transversal:			
___ CC. ___ Edif. ___ Torre ___ Casa ___ Quinta ___ Local:	___ Piso ___ Nivel:		___ Ofc. ___ Apto.:	
Zona Postal:	Telf. (Cód.) Número:	Telf. Celular (Cód.) Número:	Telf. (Cód.) Número:	
E-mail:	Otra Red Social (Especifique):			
<b>vi. Dirección de Oficina: Persona Jurídica o Persona Natural</b>				
País:	Estado:	Ciudad:		
Urbanización	Av. Calle Transversal:			
___ CC. ___ Edif. ___ Torre ___ Casa ___ Quinta ___ Local:	___ Piso ___ Nivel:		___ Ofc. ___ Apto.:	
Zona Postal:	Telf. (Cód.) Número:	Telf. Celular (Cód.) Número:	Telf. (Cód.) Número:	
<b>IV. DECLARACIONES</b>				
El Solicitante como Tomador declara que:				
A. Da fe que el dinero utilizado para el pago de la prima proviene de una fuente lícita y, por lo tanto, no tiene relación alguna con dinero, capitales, bienes, haberes, valores o títulos producto de las actividades o acciones derivadas de operaciones ilícitas previstas en las Normas sobre Prevención, Control y Administración de Riesgos de Legitimación de Capitales Financiamiento al Terrorismo, y Financiamiento de la proliferación LC//FT/FPADM				
B. Autoriza a Banescos 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; siempre que esas personas asuman la obligación de guardar la confidencialidad de la información recibida, en los mismos términos y condiciones asumidos por Banescos Seguros.				
C. Da fe que todos los bienes declarados en la solicitud de seguro, para pólizas del ramo de Auto y del ramo de patrimoniales, son propiedad del asegurado.				
D. Que el Correo Electrónico suministrado me pertenece e identifica, por lo que autorizo expresamente al Asegurador para enviarme todos los documentos que forman parte del contrato y cualquier comunicación pertinente por este medio.				
Lugar y Fecha	Firma y huella del Tomador			
<b>V. DATOS DEL PRODUCTOR</b>				
Actuando como intermediario(s) de Seguros certifico (amos) que el presente formulario fue debidamente completado en todas sus partes por el Solicitante o Afianzado, según corresponda, dando cumplimiento con lo indicado en la Ley de Contrato vigente.				
Código	Apellido(s) Nombre(s)		Firma y Huella Dactilar	