Banesco SEGUROS
Inscrito en la Superintendencia de Seguros bajo el Nº 109

INCENDIO Y TERREMOTO
SOLICITUD DE SEGURO

Esta solicitud debe ser llenada con letra de molde o preferiblemente a máquina, sin tachaduras, en forma completa, amplia y exacta. De lo contrario, no podrá ser procesada.

Tipo de Solicitud: ☐ Nueva ☐ Modificación **(Si es modificación, indique sólo el número de póliza y los datos a modificar)**	Póliza N°.: Colectivo Individualizado: ☐ Si ☐ No	Fecha Solicitud: / /

SÓLO PARA SER LLENADO POR EL ASEGURADOR

Duración del Seguro: Desde: / / Hasta: / /	Período de Seguro: Desde: / / Hasta: / /

I. DATOS DEL TOMADOR

Nombre y Apellido o Razón Social:	Nº Cédula de Identidad / RIF./ Pasaporte:	Fecha de Nacimiento: / /

Carácter: ☐ Cuenta Propia ☐ Cuenta Ajena	Tipo de Persona ☐ Natural ☐ Jurídica	Datos del Registro del Tomador (si es persona Jurídica): Registro: Ciudad: Tomo: Fecha: Nº:

Dirección de habitación:			
Ciudad:	Estado:	Zona Postal:	E-Mail:
Teléfono de habitación:	Índole de Actividad:		
Capacidad Económica:	Ocupación o Profesión:		
Dirección de oficina:			
Ciudad:	Estado:	Zona Postal:	E-Mail:
Teléfono de oficina:	Dirección de cobro:		

Ciudad:	Estado:	Zona Postal:	E-Mail:	Teléfono/Fax:

DATOS DEL REPRESENTANTE (En caso de que el Tomador sea Persona Jurídica)

Nombre y Apellido:	Nº Cédula de Identidad / Pasaporte:	Fecha de Nacimiento: / /

Dirección de habitación:			
Ciudad:	Estado:	Zona Postal:	E-Mail:
Teléfono de habitación:	Índole de Actividad:		
Capacidad Económica:	Ocupación o Profesión:		
Dirección de oficina:			Teléfono de oficina:
Ciudad:	Estado:	Zona Postal:	E-Mail:

II. DATOS DEL SOLICITANTE

Nombre y Apellido o Razón Social:	Nº Cédula de Identidad / RIF./ Pasaporte:	Fecha de Nacimiento: / /

Dirección de habitación para Persona Natural u oficina para Persona Jurídica:

Ciudad:	Estado:	Zona Postal:	E-Mail:

Teléfono de Habitación:	Índole de Actividad

Capacidad Económica:	Ocupación o Profesión:

Dirección de oficina:

Ciudad:	Estado:	Zona Postal	E-Mail:

Teléfono de oficina:	Dirección de cobro:

Ciudad:	Estado:	Zona Postal:	E-Mail:	Teléfono/Fax:

III. DATOS DEL RIESGO

Dirección del riesgo:

Ciudad:	Estado:	Zona Postal:	E-Mail:

Datos del Registro del Inmueble:	Fecha de Compra: / /	Valor de Compra:

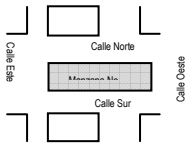
LINDEROS

Norte:

Sur:

Este:

Oeste:



Tipo: ☐ Industrial ☐ No Industrial ☐ Deposito y Almacenaje **Edificación:** ☐ Abierta ☐ Mixta ☐ Cerrada

DATOS CORRESPONDIENTES A LA COBERTURA DE INCENDIO

TIPO DE CONSTRUCCIÓN

Estructura	☐ Concreto armado, hierro revestido de concreto ☐ Metálica sin 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 similares.
Fachadas	☐ 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 pre-fabricados.
Otras clases de Edificaciones	☐ Tanques subterráneos ☐ Tanques metálicos ☐ Tanques metálicos con más de 4 mts. ☐ Torres, chimeneas, antenas mayores a 60 mts. ☐ Puentes grúa con capacidad mayor a 100 Ton.

SISTEMAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA INCENDIO

Sistemas Mínimos	☐ Alarma ☐ Detección ☐ Extinción Portátil	**Hidrántes:** ☐ Internos ☐ Externos ☐ Con impulsión Propia ☐ Sin impulsión Propia
Sistemas Adicionales	**Vigilancia:** ☐ Con Reloj Control ☐ Sin Reloj Control	**Brigada contra Incendio:** ☐ Personal Profesional ☐ Personal No Profesional
Sistemas Especiales Extinción	☐ Halón ☐ Bióxido de Carbono ☐ Espuma ☐ Polvo Quím. Seco ☐ Agua Pulverizada	**Rociadores:** ☐ Abiertos ☐ Automáticos (Protección Parcial) **Fuentes de Agua:** ☐ Una ☐ Dos

OTROS DATOS DEL INMUEBLE

Tipo de Contrato: ☐ Propiedad ☐ Arrendamiento ☐ Usufructo ☐ Comodato

Año de Construcción: Nro. Pisos:

Factor de Regularidad

Vista Vertical	Tipo		Corte Horizontal H1	H2	H3
			■	Otros	╚╝╠╣
V1	▮ ▮		0,80	1,00	1,30
V2	Otros		1,00	1,30	1,50
V3			1,30	1,50	1,80

SUSTANCIAS INFLAMABLES

Litros de Sustancia:

☐ GASOLINA ____________________ ☐ THINER ________________ ☐ VARSOL ________________

☐ KEROSENE ___________________ ☐ ALCOHOL ______________ ☐ ACETONA _____________

☐ GASOIL _______________________ ☐ OTRO: ____

BIENES Y COBERTURAS DE INCENDIO

Objeto del Seguro	Valores a Riesgo	% Riesgo Relativo	Suma Asegurada
Edificaciones			
Maquinaria y Equipos Industriales			
Instalaciones			
Existencias			
Suministros			
Mejoras y Bienhechuriías			
Mobiliario			
Efectos Personales			
Predios			
Totales			
% Riesgo Absoluto	**Suma Asegurada**		

COBERTURAS	**Marque con una " X "**
Básica	X
COBERTURAS OPCIONALES	
Motín, Disturbios Laborales y Daños Maliciosos	
Terremoto o Temblor de Tierra	
Extensión de Cobertura (Huracán, Ventarrón o Tempestad, Humo e Impacto de Vehículos)	
Daños por Agua	
Inundación	
COBERTURAS POR LÍMITE DE RESPONSABILIDAD	**Límite de Responsabilidad**
Inundación	
Daños por Agua	
Demolición, Remoción y/o Limpieza de Escombros	
Honorarios de Arquitectos, Topógrafos e Ingenieros.	
Reconstrucción de Archivos	
COBERTURAS ADICIONALES	**Suma Asegurada**
Cobertura Automática (10%) No aplicable a Edificaciones y Pólizas en Primer Riesgo Absoluto	
Bienes Refrigerados o Congelados	
Pérdida de Renta Nº. de Meses : Renta Mensual:	
Pérdidas Indirectas ________ % Partidas asegurables Existencias: Maquinarias y Equipos Industriales:	
Seguro basado en Declaraciones Mensuales: Existencias Fijas: Existencias Fluctuantes:	
Rotura de Vidrios	
Rotura de Anuncios	

CLÁUSULAS OPCIONALES

☐ Reposición a nuevo ☐ Cobertura fuera de las edificaciones (Predios ocupados por el asegurado) ☐ Material fundido

☐ Valor convenido ☐ Descuentos por sistema de prevención y protección contra incendios ☐ Productos elaborados

☐ Beneficiario preferencial ☐ Cuidado, control y custodia del asegurado ☐ Repartición de seguro

☐ Remoción temporal ☐ Remoción de sellos y marcas ☐ Inventario o avalúo

"El Tomador no está obligado a contratar las coberturas adicionales u opcionales"

BENEFICIARIOS PREFERENCIALES (Hasta donde sus interéses aparezcan)		
Nª C.I. / R.I.F./ Pasaporte:	Nombre y Apellido o Razón Social	Fecha Nacim. / Constitución

IV. OTROS SEGUROS SOBRE LOS MISMOS BIENES

¿Tiene contrato actualmente un seguro de Incendio sobre los bienes que desea asegurar? ☐ Si ☐ No		
¿Con que Aseguradora?	Monto:	Fecha Vencimiento:
¿Ha ocurrido algún Incendio en el negocio por asegurar? ☐ Si ☐ No		
Fechas:	Monto de las Pérdidas:	
¿En que circunstancia y su extensión?		
¿Ha solicitado anteriormente algún seguro de Incendio para el negocio a asegurar? ☐ Si ☐ No		
¿Con que Aseguradora?		
¿Ha sido rechazada su solicitud? ☐ Si ☐ No		
¿Ha sido cancelado el seguro por la Aseguradora después de entrar en vigor? ☐ Si ☐ No		

V. LUCRO CESANTE

Tiempo normal del trabajo de la empresa por asegurar:

Diario: horas en: turnos, Semanal: horas, Anual: días:

Acusa la producción y venta de la empresa por asegurar fluctuaciones estaciónales 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 la empresa a asegurar su propia contabilidad : ☐ Si ☐ No En caso negativo, indicar nombre, dirección y teléfono del contador externo: _____

VI. SUMA ASEGURADA

Interés Asegurado	Valores a Riesgo
Utilidad Neta Anual	
Más gastos permanentes:	
Arrendamiento	
Contribuciones e impuesto	
Interés sobre acciones y obligaciones	
Interés sobre préstamos	
Interés sobre giros bancarios	
Honorarios del consejo administrativo	
Sueldos del personal permanente	
Sueldos a empleados técnicos y especializados	
Honorarios de revisiones de cuentas	
Gastos de viajes	
Primas de seguros	
Gastos de anuncios	
Responsabilidad bajo la Ley del Trabajo y sus Reglamentos	
Gastos de teléfono	
Gastos por consumo de energía eléctrica	

Otros gastos de mantenimiento (sin exceder el 5% del total de los gastos permanentes arriba	
Sub - Total Gastos Permanentes	
Utilidad Bruta Anual (Utilidad Neta + Gastos Permanentes)	

VII. MODALIDAD DE SEGURO

Interés Asegurado	**Suma Asegurada**
Lucro Cesante Forma Americana % Coaseguro pactado sobre la utilidad bruta:	
Lucro Cesante Forma Inglesa Período de indemnización: meses:	

VIII. DECLARACIÓN DEL TOMADOR

Declaro formalmente que:

a) He leído, cuidadosa y totalmente, todas las preguntas y respuestas consignadas en el cuestionario precedente y que la información que doy en este documento es verdadera, amplia, completa y exacta y que conozco que esta solicitud y otros documentos presentados son la base para evaluar el riesgo y fijar la prima.

b) Conozco que en caso de fraude, declaraciones falsas u omisiones podría cesar la responsabilidad del Asegurador por este seguro y que no he omitido ni disimulado, ningún hecho ni circunstancias que puedan modificar la opinión del Asegurador sobre el riesgo a correr por el seguro solicitado.

Doy fe que el dinero utilizado para el pago de la prima del presente seguro, 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 a que se refiere el Artículo 37 de la Ley Orgánica Sobre Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas u otras conductas ilícitas tipificadas en la Legislación Venezolana, conforme a lo dispuesto en el Artículo 26 Título III de las "Normas sobre Prevención, Control y Fiscalización de las Operaciones de Seguros y Reaseguros para evitar la Legitimación de Capitales", publicada en la Gaceta Oficial de la República de Venezuela N° 38065 de fecha quince (15) de noviembre de 2004.

Esta solicitud no implica compromiso alguno de aceptar la cotización del Asegurador, ni obliga a éste a emitir el Contrato de Seguros. No obstante si el Contrato fuere emitido y el recibo correspondiente pagado por mi, esta Solicitud servirá de base para su otorgamiento y formará parte integrante de la misma.

IX. DATOS DEL PRODUCTOR

Código	Apellido y Nombre	% Participación

X. PAGO DE LA PRIMA

Tipo de Moneda	**Frecuencia de Pago**	**Medio de Pago**
☐ Bolívares ☐ Dólares	☐ Mensual ☐ Trimestral ☐ Semestral	☐ Cargo en Cuenta ☐ Cheque ☐ TDC Fecha de Vencimiento TDC: Código Cuenta Cliente Nª/ TDC:

Lugar y Fecha	**Tomador**
	Nombre y Apellido: C.I.: Firma:
Solicitante	**Productor**
Nombre y Apellido: C.I.: Firma:	Código: Nombre y Apellido: Firma:

Sede Principal:
Aprobado por la Superintendencia de Seguros mediante Oficio Nro. 4615 de fecha 22 de junio de 2005