

I. DATOS DEL TOMADOR				
Datos de Identificación: Persona Natural				
Carácter en que contrata: <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Ajena	Primer Nombre:	Segundo Nombre:	Primer Apellido:	Segundo Apellido:
Identificación (C.I. o Pasaporte): <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 <input type="checkbox"/> Viudo	Lugar de nacimiento		Nacionalidad
Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Fecha de nacimiento: / /			
Actividad económica: (si es comerciante indicar el ramo):	Profesión:	Oficio (ocupación):	Declaración I.S.L.R.: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Monto:	
Descripción de la actividad: <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Societario				
Relación laboral con Organización sin fines de lucro (OSFL): <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	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 <input type="checkbox"/> 15.001 a 30.000 <input type="checkbox"/> más de 30.000			
Indique cargo:				
Datos de Identificación: Persona Jurídica (sólo si aplica)				
Nombre de la Razón Social:			N° 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	Ingreso Anual en USD (Calcular a la tasa de cambio publicada por el BCV) <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		
Especifique:				
Actividad Económica: <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:	Utilidad del Ejercicio económico inmediatamente anterior:		
Datos de Identificación: Representante Legal (sólo si aplica)				
Primer Nombre:	Segundo Nombre:	Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Identificación (C.I. o Pasaporte): <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> P N°:
Telf. (Cód.) Número:	Dirección:			
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 de domicilio del tomador				
País:	Estado:	Ciudad:	Urbanización:	
<input type="checkbox"/> Av. <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Transversal:		<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Quinta <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Torre		<input type="checkbox"/> Piso <input type="checkbox"/> Nivel:
<input type="checkbox"/> Ofc. <input type="checkbox"/> Apto.:	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:		<input type="checkbox"/> Casa. <input type="checkbox"/> Quinta. <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Torre		<input type="checkbox"/> Piso <input type="checkbox"/> Nivel :
<input type="checkbox"/> Ofc. <input type="checkbox"/> Apto.:	Zona Postal:		E-mail:	
Dirección de Cobro: <input type="checkbox"/> Habitación <input type="checkbox"/> Oficina				

II. DATOS DEL PROPUESTO ASEGURADO								
Si el Tomador es el mismo Propuesto Asegurado, marque este recuadro <input type="checkbox"/> En caso contrario complete la información anexa								
Persona Natural								
Primer Nombre:	Segundo Nombre:	Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Identificación (C.I. o Pasaporte): <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> P N°:				
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <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: (si es comerciante indicar el ramo): Descripción de la actividad: <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Societario					
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 <input type="checkbox"/> 15.001 a 30.000 <input type="checkbox"/> más de 30.000								
Vinculación con organización sin fines de lucro: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Especifique:				Declaración I.S.L.R.: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Monto:				
Si es Persona Jurídica								
Nombre de la Razón Social:				N° RIF:				
Actividad Económica: <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) <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				Patrimonio (en \$.): <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.).					
Usted Declara Impuesto Sobre La Renta: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			Monto:		Utilidad del Ejercicio económico inmediatamente anterior:			
Datos de Identificación: Representante Legal (sólo si aplica)								
Primer Nombre:	Segundo Nombre:	Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Identificación (C.I. o Pasaporte): <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> P N°:				
Telf. (Cód.) Número:	Dirección:							
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 Propuesto Asegurado								
País:	Estado:	Ciudad:	Urbanización:					
<input type="checkbox"/> Av. <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Transversal:		<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Quinta <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> CC <input type="checkbox"/> Torre			<input type="checkbox"/> Piso <input type="checkbox"/> Nivel:			
<input type="checkbox"/> Ofc. <input type="checkbox"/> Apto.:	Zona Postal:			E-mail:				
Telf. (Cód.) Número:		Telf. Celular (Cód.) Número:		Cuenta de Red Social (Especifique)				
III. DATOS DEL CONDUCTOR HABITUAL								
Si es el Propuesto Asegurado marque este recuadro <input type="checkbox"/> . De lo contrario, complete la información:								
Identificación (C.I. o Pasaporte): <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> P N°:		Primer Nombre:	Segundo Nombre:	Primer Apellido:	Segundo Apellido:			
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: / /				
Lugar de nacimiento			Nacionalidad		Grado Licencia			
IV. DATOS DEL VEHÍCULO								
Nuevo: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Importado: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Doble Tracción: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Serial de Carrocería:	Placa:	Marca:	Modelo:	Versión:	Año:

Póliza de Seguro de Casco de Vehículo Terrestre Solicitud de Seguro

IV. DATOS DEL VEHÍCULO (CONTINUACIÓN)							
Transmisión: <input type="checkbox"/> Sincrónica <input type="checkbox"/> Automática <input type="checkbox"/> Otra	Posee Blindaje: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Sistema de Seguridad del Vehículo: <input type="checkbox"/> Corta Corriente <input type="checkbox"/> Tranca Palanca / Pedal <input type="checkbox"/> Alarma <input type="checkbox"/> Satelital <input type="checkbox"/> Otro Especifique:			Ciudad Donde Circula:		
N° certificado origen/ N° del título de propiedad:		Fecha Compra/Traspaso: / /	Clasificación de acuerdo a su uso: <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Carga <input type="checkbox"/> En alquiler <input type="checkbox"/> Colectivo <input type="checkbox"/> Motocicleta <input type="checkbox"/> Taxi <input type="checkbox"/> Autoescuela <input type="checkbox"/> Otro Especifique:				
Si es Vehículo de Carga:	¿Transporta Material Inflamable / Tóxico / Corrosivo o Explosivos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Especifique:		¿Posee Aditamento de Carga? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Tipo de Aditamento:		
Si es Vehículo de Pasajeros:	N° de Puestos:	Indique Tipo: <input type="checkbox"/> Autobús <input type="checkbox"/> Autobusete <input type="checkbox"/> Minibus	Indique Grupo: Urbano <input type="checkbox"/> Suburbano <input type="checkbox"/> Interurbano	Indique Uso: <input type="checkbox"/> Público <input type="checkbox"/> Privado	Transporte de: <input type="checkbox"/> Turismo <input type="checkbox"/> Escolar <input type="checkbox"/> Colectivo		
V. COBERTURAS							
Casco	Coberturas	Suma Asegurada	Deducible	RCV	Coberturas	Suma Asegurada	
		Moneda <input type="checkbox"/> USD \$ <input type="checkbox"/> Bs	%			<input type="checkbox"/> Básica	
	<input type="checkbox"/> Amplia					<input type="checkbox"/> Plan _____	
	<input type="checkbox"/> Pérdida Total						
<input type="checkbox"/> Pérdida Parcial Un Evento							
Coberturas Adicionales:		<input type="checkbox"/> Asistencia Legal y Defensa Penal <input type="checkbox"/> Accesorios no Originales (_____%) <input type="checkbox"/> Indemnización Diaria por Sustracción Ilegítima		<input type="checkbox"/> Rotura de Vidrio <input type="checkbox"/> Ocupantes de Vehículo <input type="checkbox"/> Daños Maliciosos, Motín, Conmoción Civil, Disturbios Populares y Saqueos, Disturbios Laborales y Conflictos de trabajo		<input type="checkbox"/> Asistencia en Viaje Plus <input type="checkbox"/> Exceso de Límite <input type="checkbox"/> Asistencia en Viajes	
VI. FRECUENCIA DE PAGO							
<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Bimensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Cuatrimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual							
VII. DOMICILIACIÓN DE PAGO							
El Tomador y/o Propuesto Asegurado autoriza que todos los pagos de siniestros se efectúen en la cuenta bancaria:							
Banco: _____		Nro. Cuenta Beneficiario: _____		Tipo: <input type="checkbox"/> Ahorro <input type="checkbox"/> Corriente			
VIII. BENEFICIARIO REFERENCIAL							
(Sin exceder del saldo de su ocurrencia al momento del siniestro ni de la suma asegurada sobre los bienes dados en garantías)							
Nombre y Apellido/Razón social:				Cédula o Rif:			
IX. DECLARACIONES							
Yo, _____, titular de la cédula de identidad N° _____ en mi carácter de TOMADOR, doy fe de que el dinero utilizado para el pago de la prima, proviene de una fuente lícita y su origen no guarda relación alguna con capitales, bienes, haberes, valores, títulos u operaciones, producto de actividades ilícitas o que provengan de los delitos de Delincuencia Organizada u otras conductas tipificadas en la legislación venezolana."							
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.							
_____	_____	<div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 40px; margin: 0 auto;"></div>					
Lugar y Fecha	Firma del Tomador	Huella Dactilar del Pulgar Derecho del Tomador o en su defecto Pulgar Izquierdo					
	_____	<div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 40px; margin: 0 auto;"></div>					
	Firma del Propuesto Asegurado	Huella Dactilar del Pulgar Derecho del Propuesto Asegurado o en su defecto Pulgar Izquierdo					
X. DATOS DEL PRODUCTOR							
Apellido y Nombre:	Código N°:	N° de Cédula:	% Participación	Firma:			