



**Panamericano Venezolana**

## **Información General** **Basic Information - All Operators**

En caso de que necesiten más espacio, favor utilicen hojas anexas.

*If you have insufficient space to answer any questions, please attach a separate sheet.*

**Por favor contesten todas las preguntas ya que la omisión podría demorar la cotización del seguro. Gracias**

*Please answer all questions fully as failure to do so may cause delay in providing a quotation for insurance. Thank you.*

---

Nombre del Operador:

*Name of Operator:*

Contacto:

*Contact:*

---

Dirección completa:

*Full Address Teléfono/Telephone*

Telefax:

Telex:

IVA/NIF/CIF:

VAT/TVA/MWST No:

---

Actividad (es) principales de la compañía:

*Principal Business Activity (ies):*

---

Número de sucursales o delegaciones a asegurar:

*Other Offices /Operations at (Cities) / Subsidiary or close Associated Companies:*

---

Presidente y Directores: (por favor especifiquen nombres)

*Directors and Senior Managers:(please give names):*

1.

4.

2.

5.

3.

6.

---

Principales banqueros / bancos:

*Principal Bankers:*

Nombre:

*Name:*

Dirección:

*Address:*

Año de fundación:  
*Year of Foundation*

Capital desembolsado/Reservas:  
*Paid up Capital/Reserves:*

Número de empleados:  
*Number of Staff:*

Propiedad de la compañía: por favor marquen uno:  
*Company Ownership, please ✓ one:*

Propiedad privada   
*Privately-owned*  
Subsidio solicitado   
*Publicly quoted for subsidiary*  
Estatal o Municipal   
*State or municipally owned*

¿Esta compañía es miembro de alguna Asociación de Comercio Nacional o Internacional?  
*Is the Company a member of a National or International Trade Association?*

Si/Yes  No

(Si es afirmativo, por favor especificar)  
*(If yes, please specify)*

¿Alguien de su personal desempeña un puesto en alguna Asociación de Comercio Nacional o Internacional?  
*Is any member of staff an officer in a National or International Trade Association?*

Si/Yes  No

¿Les ha sido denegada o cancelada alguna póliza de seguro?  
*Have you ever had an insurance policy cancelled or refused?*

Si/Yes  No

¿Si es afirmativo, por favor especificar)  
*(If yes, please specify)*

### Gestión de Calidad / Quality Assurance

¿Poseen Udes. algun programa de Gestión de Calidad? Si/Yes  No   
*Do you have a quality assurance programme?*

¿Poseen Udes. un Certificado de Calidad, como por ejemplo ISO9000, European Standard ENZ9000, o alguna acreditación nacional equivalente? Si /Yes  No   
*Do you hold a certificate confirming you operate in accordance with a recognised quality management standard?(Such as ISO9000 series, European Standard ENZ9000 series or other national equivalent)?*

Si es negativo, ¿tienen considerado obtener un Certificado en los próximos 12 meses? Si/Yes  No

**Información General /Basic Information Sheet-All Operators**

Page.2

Av. Principal del Bosque con Av. Santa Lucia, Torre Credicard, Oficina 151, Chacaito, Caracas 1050, Venezuela.  
Telf. 954.0686 / 954.0563 / 954.0298 Fax 954.0046 EMail-emachum@panamvenez.com



If no, do you plan to obtain such a certificate within the next 12 months?

**Previsión de Pérdidas / Loss Prevention**

¿Posee Udes. algún programa de prevención de pérdidas?  
Do you have a loss prevention programme?

Si/Yes

No

**Inspección - Auditoria / Survey / Audit**

¿Estarían dispuestos a permitirnos realizar una inspección de sus operaciones en los próximos 12 meses?  
Would you be willing to allow us to survey or audit your operations by appointment within the next 12 months?

Si/Yes

No

Su última Memoria, además de cualquier literatura describiendo los servicios de su Compañía, nos serán de mucha ayuda.  
It would assist us if you would forward with this proposal your company's latest annual report and accounts, plus any company brochures or literature describing your services.

**Siniestralidad / Claims History**

Indiquen la prima y los siniestros pagados o pendientes. Todos los siniestros relacionados con éste cuestionario ocurridos en los últimos 5 años además del presente año, hayan o no sido cubiertos, deberán ser incluidos en el siguiente cuadro.  
Please state below premium and paid or pending claims. All claims related to this proposal for insurance are to be

		<b>SINIESTROS</b> <i>Claims</i>			
		<b>Pagados / Paid</b>		<b>Pendientes / Pending</b>	
<b>Año / Year</b>	<b>Prima / Premium</b>	<b>Número/Number</b>	<b>Importe/Amount</b>	<b>Número/Number</b>	<b>Importe/Amount</b>
<b>19</b>					
<b>19</b>					
<b>19</b>					
<b>19</b>					
<b>19</b>					
<b>TOTAL</b>					
<b>Este Año / Current Year</b>					

shown, whether insured or not, which occurred during the last 5 complete years plus the current.

Favor incluyan detalles de cualquier siniestro (pagado o pendiente) que represente más del 50% de la prima pagada en el año de ocurrencia.  
Please attach details of any single claim (paid or pending) which represents more than 50% of the premium paid in the year the claim occurred.

**Declaración / Declaration**



**Por el presente confirmo que la información facilitada tanto en este cuestionario como en sus anexos, corresponde a la verdad.**

*I hereby confirm that the information given above and in all attached sheets is true and correct.*

Firma/Signature:.....

Por favor complementen la siguiente información:

*Please print following information:*

Nombre:.....

Cargo:.....

Fecha:.....

Name:

Position:

Date:

---