

**SOLICITUD DE PÓLIZA DE SEGUROS PARA
VEHÍCULOS TERRESTRES**

DATOS DEL TOMADOR

Individual

Flota

Fecha: / /

C.I. _____	Venezolano <input type="checkbox"/>	Nombres y Apellidos / Razón Social:	
Pasaporte _____	Extranjero <input type="checkbox"/>		
Rif: _____	Nacionalidad		
Fecha de Nacimiento: / /	Estado Civil <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V	Sexo F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Dirección de Habitación / Domicilio Fiscal: Estado Ciudad
Municipio	Urb. o Sector	Código Postal	
Calle/Av.	N° Casa/ Nomb. Edificio	Piso/ Número	
E-Mail	Tif. Móvil	Tif. Hab.	
Tif. Contacto.	Twitter	Facebook	Instagram
Profesión	Oficio u ocupación	Cargo	
Dirección de Oficina	Tif. Ofic.		
Rango de Salario Mensual Bs.	<input type="checkbox"/> de 0 a 9.000	<input type="checkbox"/> de 9.001 a 18.000	<input type="checkbox"/> de 18.001 a 25.000 <input type="checkbox"/> Más de 25.001

DATOS DEL PROPUESTO ASEGURADO (llenar solo en caso de no ser el tomador)

C.I. _____	Venezolano <input type="checkbox"/>	Nombres y Apellidos / Razón Social:	
Pasaporte _____	Extranjero <input type="checkbox"/>		
Rif: _____	Nacionalidad		
Fecha de Nacimiento: / /	Estado Civil <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V	Sexo F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Dirección de Habitación / Domicilio Fiscal: Estado Ciudad
Municipio	Urb. o Sector	Código Postal	
Calle/Av.	N° Casa/ Nomb. Edificio	Piso/ Número	
E-Mail	Tif. Móvil	Tif. Hab.	
Tif. Contacto.	Twitter	Facebook	Instagram
Profesión	Oficio u ocupación	Cargo	
Dirección de Oficina	Tif. Hab.		
Rango de Salario Mensual Bs.	<input type="checkbox"/> de 0 a 9.000	<input type="checkbox"/> de 9.001 a 18.000	<input type="checkbox"/> de 18.001 a 25.000 <input type="checkbox"/> Más de 25.001

En Caso de Persona Juridica

Registro Mercantil	N° de Inscripción Libro de Registro
Fecha de Constitución	Representante Legal
C.I./Pas	Nacionalidad Tif. Móvil Tif.

Datos del Vehículo

Marca	Modelo	Año:	Placa	Tipo	Color
Serial Carrocería	Serial Motor				
Versión	Uso	N° Ptos.	N° Cilindros		
Certificado de Registro No.	Fecha de emisión	Transmisión <input type="checkbox"/> Automática <input type="checkbox"/> Sincrónica <input type="checkbox"/> Secuencial			
Veh. 0 Km. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Dispositivos de Seguridad	<input type="checkbox"/> Alarma	<input type="checkbox"/> Tranca palanca - pedales	Otro:	
Lugar de uso Habitual del vehículo:	Ruta: <input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Inter -Urbana <input type="checkbox"/> Extra -Urbana				
Vehículo de Alquiler <input type="checkbox"/> Con Chofer <input type="checkbox"/> Sin Chofer	Vehiculos de Carga _____ Ton.	Transporta Inflamable o Explosivos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Vehículos Colectivos	<input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Público <input type="checkbox"/> Turismo <input type="checkbox"/> Escolar	<input type="checkbox"/> Transporte de Personal			
El vehículo pertenece o es utilizado por: <input type="checkbox"/> Bomberos <input type="checkbox"/> Policía <input type="checkbox"/> Ambulancia <input type="checkbox"/> Transporte de valores					
Nombre y apellido del Conductor Habitual	Grado de licencia <input type="checkbox"/> Segunda <input type="checkbox"/> Tercera <input type="checkbox"/> Cuarta <input type="checkbox"/> Quinta F/Vmto.				
Su vehículo fue declarado pérdida total, o se reparó bajo presupuesto cerrado en alguna Empresa de Seguros? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					

COBERTURAS SOLICITADAS			
Responsabilidad Civil de Vehículos y coberturas opcionales			
Cobertura	Suma Asegurada	Cobertura Ocupantes de Vehículo	Suma Asegurada
Básica	Según Ley	Muerte	
Exceso de límite		Invalidez Total y Permanente	
Asistencia Legal y Defensa penal		Gastos Médicos	
Asistencia en Viajes	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		

Seguro de Casco de Vehículos Terrestres			
Cobertura	Suma Asegurada	Coberturas Adicionales	Suma Asegurada
Amplia		Indemnización diaria	
Pérdida Total		Eventos Catastróficos	
Deducible <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	% Monto		

Accesorios Adicionales			
Tipo de Accesorio	Suma Asegurada	Tipo de Accesorio	Suma Asegurada
Radio CD mp3, mp4		Tazas Especiales	
Radio DVD		Faros Especiales	
Radio Blue Ray		Otros	
Rines Especiales		Otros	

Declaración del Tomador o Propuesto Asegurado.

- Declaro que he leído cuidadosa y totalmente, una a una, todas las preguntas y respuestas consignadas en esta solicitud de seguros y que ellas son verdaderas, amplias, completas y exactas.
- Declaro que no he omitido ni disimulado, ningún hecho ni circunstancia que puedan modificar la opinión de la Empresa de Seguros sobre el riesgo a correr por el seguro solicitado.
- Autorizo a las Empresas o Instituciones, para suministrar al ASEGURADOR, todos los datos que posean antes o después del siniestro. Asimismo autorizo al ASEGURADOR, a recabar cualquier información relacionada con los riesgos y a verificar los datos de esta solicitud de seguro.
- Doy fe que el dinero utilizado para el pago de la Prima de la Póliza a suscribir proviene de una fuente lícita y por lo tanto no tiene relación alguna con dinero, capitales, bienes, haberes, valores o títulos producto de actividades ilícitas o de los delitos de legitimación de capitales previstos en la ley orgánica contra la delincuencia organizada y financiamiento al terrorismo.

Nombres y Apellidos / Razón Social: C.I. /Rif

Lugar Fecha

Pulgar Izquierdo	Pulgar Derecho	Pulgar Izquierdo	Pulgar Derecho
-------------------------	-----------------------	-------------------------	-----------------------

Firma y huellas del Tomador Firma y huellas del propuesto Asegurado

Intermediario: Código:

Firma del Intermediario

Aprobado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante Oficio N° 8198-2015 de fecha 17 JUL 2015.