

En base a la información suministrada a continuación, la Empresa de Seguros debe decidir si acepta o no el riesgo, debido a esto agradecemos llenar la solicitud en todas sus partes.

DATOS DEL TOMADOR (De ser diferente al Propuesto Asegurado)

1er. Apellido:	2do. Apellido:	1er. Nombre:	2do. Nombre:
C.I./R.I.F./Pasaporte:	Nacionalidad: <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E	Estado Civil: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D	F/Nacimiento: ____/____/____ dd/ mm/ aaaa
Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Profesión:	Actividad Económica: <input type="checkbox"/> Industrial <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Gubernamental	
Ingreso Anual Bs.:	Oficio u Ocupación: <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Ejercicio Independiente		Cargo:
Dirección de Habitación:	Casa:	Edificio:	Apto.:
Piso:	Avenida:	Calle / Transversal / Vereda:	
Urbanización:	Ciudad:	Parroquia:	
Municipio:	Estado:	Cód. Postal:	
Teléfono: Cód. Área ()	Fax: Cód. Área ()	Correo Electrónico:	
Dirección Oficina:	Casa:	Edificio:	Apto./Oficina:
Piso:	Avenida:	Calle / Transversal / Vereda:	
Urbanización:	Ciudad:	Parroquia:	
Municipio:	Estado:	Cód. Postal:	
Teléfono: Cód. Área ()	Fax: Cód. Área ()	Correo Electrónico:	
En caso de ser Persona Jurídica, Datos del Registro Mercantil:			
Razón Social:	Nombre Comercial:	Nº de Registro Mercantil:	F/Registro: ____/____/____ dd mm aaaa

Datos del Representante:							
1er. Apellido:		2do. Apellido:		1er. Nombre:		2do. Nombre:	
C.I./R.I.F./Pasaporte:	Nacionalidad: <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	F/Nacimiento: ____/____/____ dd mm aaaa	Estado Civil: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D		Ingreso Anual Bs.:	
Profesión:			Oficio u Ocupación: <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Ejercicio Independiente			Cargo:	
Dirección de Habitación:		Casa:		Edificio:		Apto.:	
Piso:		Avenida:		Calle / Transversal / Vereda:			
Urbanización:				Ciudad:		Parroquia:	
Municipio:			Estado:			Cód. Postal:	
Teléfono: Cód. Área ()		Fax: Cód. Área ()		Correo Electrónico:			
Dirección de Oficina:		Casa:		Edificio:		Apto./Oficina:	
Piso:		Avenida:		Calle / Transversal / Vereda:			
Urbanización:				Ciudad:		Parroquia:	
Municipio:			Estado:			Cód. Postal:	
Teléfono: Cód. Área ()		Fax: Cód. Área ()		Correo Electrónico:			
DATOS DEL PROPUESTO ASEGURADO							
1er. Apellido:		2do. Apellido:		1er. Nombre:		2do. Nombre:	
C.I./R.I.F./Pasaporte:	Nacionalidad: <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E	Tipo de persona: <input type="checkbox"/> Natural <input type="checkbox"/> Jurídica		Estado Civil: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D		Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
F/Nacimiento: ____/____/____ dd mm aaaa	Actividad Económica: <input type="checkbox"/> Industrial <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Gubernamental					Ingreso Anual Bs.:	
Profesión:			Oficio u Ocupación: <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Ejercicio Independiente			Cargo:	
Dirección de Habitación:		Casa:		Edificio:		Apto.:	
Piso:		Avenida:		Calle / Transversal / Vereda:			

Urbanización:		Ciudad:		Parroquia:	
Municipio:			Estado:		Cód. Postal:
Teléfono: Cód. Área ()		Fax: Cód. Área ()		Correo Electrónico:	
Dirección Oficina:		Casa:	Edificio:		Apto./Oficina:
Piso:		Avenida:		Calle / Transversal / Vereda:	
Urbanización:			Ciudad:		Parroquia:
Municipio:			Estado:		Cód. Postal:
Teléfono: Cód. Área ()		Fax: Cód. Área ()		Correo Electrónico:	
En caso de ser Persona Jurídica, Datos del Registro Mercantil:					
Razón Social:		Nombre Comercial:		Nº de Registro Mercantil:	F/Registro:
Datos del Representante:					
1er. Apellido:		2do. Apellido:		1er. Nombre:	
2do. Nombre:		C.I./R.I.F./Pasaporte:		Nacionalidad:	
Sexo:		F/Nacimiento:		Estado Civil:	
<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F ___/___/___		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D	
Profesión:		Oficio u Ocupación:			Cargo:
		<input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Ejercicio Independiente			
Dirección de Habitación:		Casa:	Edificio:		Apto.:
Piso:		Avenida:		Calle / Transversal / Vereda:	
Urbanización:			Ciudad:		Parroquia:
Municipio:			Estado:		Cód. Postal:
Teléfono: Cód Área ()		Fax: Cód Área ()		Correo Electrónico:	
Dirección de Oficina:		Casa:	Edificio:		Apto./Oficina:
Piso:		Avenida:		Calle / Transversal / Vereda:	
Urbanización:			Ciudad:		Parroquia:

Municipio:		Estado:		Cód. Postal:	
Teléfono: Cód Área ()		Fax: Cód Área ()		Correo Electrónico:	
DATOS DEL CONDUCTOR (Solo si es distinto al Propuesto Asegurado)					
Conductor Habitual del Vehículo: <input type="checkbox"/> Propietario <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Chofer <input type="checkbox"/> Otro (Especifique):					
C.I./R.I.F./Pasaporte:		Apellidos y Nombres:			
Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	F/Nacimiento: ____/____/____ dd/ mm/ aaaa	Estado Civil: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D	Profesión:	Ingreso Mensual:	
Dirección de Habitación:		Casa:	Edificio:	Apto.:	
Piso:	Avenida:		Calle / Transversal / Vereda:		
Urbanización:		Ciudad:		Parroquia:	
Municipio:		Estado:		Cód. Postal:	
Teléfono: Cód. Área ()		Fax: Cód. Área ()		Correo Electrónico:	
Tiempo de su Residencia al Trabajo:		Grado de Licencia:		Experiencia:	
El Estacionamiento del Vehículo es: DIURNO en: <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Público <input type="checkbox"/> En la vía Pública NOCTURNO en: <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Público <input type="checkbox"/> En la vía Pública					
DIRECCIÓN DE COBRO					
Casa:		Edificio:		Apto./Oficina:	
Piso:	Avenida:		Calle / Transversal / Vereda:		
Urbanización:		Ciudad:		Parroquia:	
Municipio:		Estado:		Cód. Postal:	
Teléfono: Cód. Área ()		Fax: Cód. Área ()		Correo Electrónico:	
BENEFICIARIO PREFERENCIAL					
Apellidos y Nombres / Razón Social:			C.I. / R.I.F. / Pasaporte:		
DATOS DEL VEHÍCULO A ASEGURAR					
Serial Carrocería:		Placa:		Serial del Motor:	

Cilindros:	Año:	Marca:	Modelo:
Versión:	Color Principal:		Color Secundario:
Tipo de Vehículo:	Transmisión: <input type="checkbox"/> Sin. <input type="checkbox"/> Aut.		Peso en (Kg.):
Nro. Puestos:	Capacidad (TN):	Nº de Certificado de Origen:	
Cert. Registro del Vehículo:	Vehículo Nuevo: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Importado: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Kms. Recorridos:

Uso del Vehículo:

El Vehículo es de Carga: SI NO

En caso afirmativo, especifique tipo de mercancía que transporta:

Lugar (Estado) de uso habitual del Vehículo:

Ciudad:

Dispositivos de Seguridad:

Alarma Bóveda Tranca Palanca Tranca Pedales Otro (Especifique):

COBERTURAS SOLICITADAS

Cobertura Amplia Daño General

Seleccione las coberturas a tomar:

Responsabilidad Civil de Vehículos	Accidentes Personales de Ocupantes de Vehículos
Exceso de Límite	Gastos de Recuperación
Defensa Penal	Servicio Funerario
Asistencia en Viaje	Servicio Odontológico
Indemnización Diaria por Daño General, Robo o Hurto	Servicio Oftalmológico
Eventos Catastróficos	Asistencia Domiciliaria

ACCESORIOS ORIGINALES

Radio Rines Caucho de Repuesto

Radio CD Tazas Tapicería de Cuero

Aire Acondicionado Otros (Especifique): _____

ACCESORIOS ADICIONALES

Radio Rines Caucho de Repuesto

Radio CD Tazas Tapicería de Cuero

Aire Acondicionado Otros (Especifique): _____

OTROS SEGUROS SOBRE EL VEHÍCULO A ASEGURAR

Pólizas Vigentes:

NRO . PÓLIZA	NOMBRE DE LA EMPRESA	FECHA DE VENCIMIENTO ____/____/____ dd/ mm/ aaaa

Siniestros:

FECHA DE OCURRENCIA	CAUSA DEL SINIESTRO	MONTO RECLAMADO

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Yo, PROPUESTO ASEGURADO,

- * Declaro que he leído cuidadosamente y totalmente, una a una, todas las preguntas y respuestas consignadas en esta solicitud de seguro y que ellas son verdaderas, amplias, completas y exactas.
- * Declaro que no he omitido ni disimulado, ningún hecho ni circunstancias 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 a la Empresa de Seguros, todos los datos que posean antes o después del siniestro. Asimismo autorizo a la Empresa de Seguros, a recabar cualquier información relacionada con los riesgos y a verificar los datos de esta solicitud de Seguro.

Declaro bajo fe de juramento, que el dinero utilizado para el pago de la prima de la póliza suscrita, proviene de una fuente lícita y no tiene relación alguna con dinero, capitales, bienes, haberes, valores o títulos productos de las actividades ilícitas o delitos graves a que se refiere la LEY ORGÁNICA CONTRA LA DELINCUENCIA ORGANIZADA Y FINANCIAMIENTO AL TERRORISMO, y la LEY ORGÁNICA DE DROGAS.

Póliza: _____ Recibo: _____

Nombre: _____ C.I.: _____

Fecha: ____/____/____.

Firmas:

EL TOMADOR

Huella Dactilar
(Pulgar Derecho)
o en su defecto
Pulgar Izquierdo

PROPUESTO ASEGURADO

Huella Dactilar
(Pulgar Derecho)
o en su defecto
Pulgar Izquierdo

Yo, Intermediario del Seguro solicitado:

* Declaro que he leído todas las respuestas suministradas por el PROPUESTO ASEGURADO y que la información dada es íntegra, completa y precisa.

Intermediario (s):

Apellido(s) y Nombre(s):	Código N°:	(%) Porc. de Participación:	Firma:

Para la suscripción de la Póliza se debe anexar a esta Solicitud de Seguro: Fotocopia de los documentos de identificación del TOMADOR, PROPUESTO ASEGURADO y Representante del TOMADOR (C.I.;R.I.F;Pasaporte) y Fotocopia de los documentos de Registro Mercantil .

Aprobado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora según oficio N° 23768 de fecha 03/02/2014

FRGRIAR02V02

