



I. DATOS DE LA SOLICITUD					
Póliza Número:		Fecha de Vigencia: Desde: / / Hasta: / /		Fecha de Solicitud: / /	
Sucursal:		Forma de pago: Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/>			
II. DATOS DEL TOMADOR					
Nombres y Apellidos o Razón Social:		C.I. / Pasaporte: <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>		Lugar de Nacimiento:	Estado:
Estado Civil: Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/>		Sexo: F: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Profesión:		Oficio u Ocupación:
Tipo de Actividad: Gubernamental <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> (Indique ramo): _____				Patrimonio Bs. F	
Relación Laboral: Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> Otro: _____				Ingreso Promedio Anual Bs. F.	
Dirección de Habitación: Estado:		Estado:	Ciudad:	Urbanización:	
<input type="checkbox"/> Av. <input type="checkbox"/> Transversal <input type="checkbox"/> Calle: _____		<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Quinta <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Edificio: <input type="checkbox"/> C.C.	Nombre o N°: _____		
<input type="checkbox"/> Piso: _____ <input type="checkbox"/> Nivel: _____	<input type="checkbox"/> Apto. _____ <input type="checkbox"/> Oficina N°: _____	Teléfono: _____		Celular N° _____	Zona Postal: _____
Dirección de Oficina: Estado:		Estado:	Ciudad:	Urbanización:	
<input type="checkbox"/> Av. <input type="checkbox"/> Transversal <input type="checkbox"/> Calle: _____		<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Quinta <input type="checkbox"/> Edificio <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> Local	Nombre o N°: _____		
<input type="checkbox"/> Piso: _____ <input type="checkbox"/> Nivel: _____	<input type="checkbox"/> Apto. _____ <input type="checkbox"/> Oficina: _____	Teléfono: _____		Celular N° _____	Zona Postal: _____
Dirección de Correo (E-mail):		Indicar Dirección de Cobro: Habitación <input type="checkbox"/> Oficina <input type="checkbox"/>			
III. DATOS DEL ASEGURADO					
Nombres y Apellidos:				C.I. / Pasaporte: <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	
Lugar de Nacimiento:	Fecha de Nacimiento:	Estado:	Estado Civil: Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/>		Sexo: F: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Tipo de Actividad: Gubernamental <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> (Indique ramo): _____		Profesión:		Oficio u Ocupación:	
Relación de Laboral: Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> Otro: _____		Ingreso Promedio Anual: Bs. F.	Patrimonio Bs. F.	Otro: Bs. F.	
Dirección de Habitación: Estado:		Estado:	Ciudad:	Urbanización:	
<input type="checkbox"/> Av. <input type="checkbox"/> Transversal: <input type="checkbox"/> Calle: Nombre o N°: _____		<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Quinta <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> Torre:	Nombre o N°: _____		
<input type="checkbox"/> Piso: _____ <input type="checkbox"/> Nivel: _____	<input type="checkbox"/> Apto. _____ <input type="checkbox"/> Oficina: _____	Teléfono: _____		Celular N° _____	Zona Postal: _____
Dirección de Oficina: Estado:		Estado:	Ciudad:	Urbanización:	
<input type="checkbox"/> Av. <input type="checkbox"/> Transversal: <input type="checkbox"/> Calle: Nombre o N°: _____		<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Quinta <input type="checkbox"/> Edificio <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> Local	Nombre o N°: _____		
<input type="checkbox"/> Piso: _____ <input type="checkbox"/> Nivel: _____	<input type="checkbox"/> Apto. _____ <input type="checkbox"/> Oficina: _____	Teléfono: _____		Celular N° _____	Zona Postal: _____
Dirección de Correo (E-mail)		Indicar Dirección de Cobro: Habitación <input type="checkbox"/> Oficina <input type="checkbox"/>			

IV. DATOS DEL VEHICULO

Marca:		Modelo:			Año:	
Uso: Particular: <input type="checkbox"/> Carga: <input type="checkbox"/> Transporte Público: <input type="checkbox"/> Transporte Privado <input type="checkbox"/> Oficial <input type="checkbox"/> Otro:						
Tipo de Vehículo: Sedan <input type="checkbox"/> Coupe <input type="checkbox"/> Rústico <input type="checkbox"/> Van <input type="checkbox"/> Pick Up <input type="checkbox"/> Chuto <input type="checkbox"/> Batea <input type="checkbox"/> Minibús <input type="checkbox"/> Otro: _____						
Serial del Motor:		Serial Carrocería:		Título de Propiedad:		Nro. Certificado de Origen:
Fecha de Compra/Traspaso: / /		Placa del Vehículo:	Color :		Peso:	Número de Pasajeros:
Capacidad de Carga: Menor 2MT <input type="checkbox"/> 2MT-5TM <input type="checkbox"/> 5TM-6TM <input type="checkbox"/> 6TM-8TM <input type="checkbox"/> 8TM-12TM <input type="checkbox"/> Mayor 12 TM <input type="checkbox"/> Otros: _____						
Vehículo que Transporta Material Inflamable <input type="checkbox"/> Vehículos de Cuerpos Policiales, Bomberos <input type="checkbox"/> Vehículos con Remolque <input type="checkbox"/>						
Kilometraje:		Zona de Riesgo:			Valor Aproximado del Vehículo Bs. F.	

V. ACCESORIOS NO ORIGINALES

Monto	Radio	MP3	Radio Reproductor	Radio Reproductor / CD (ambos)	DVD	CD	Tasas	Aire Acondicionado.	Rines Especiales
Bs. F.									
Otros:									

VI. COBERTURAS Y SUMAS ASEGURADAS

Responsabilidad Civil	Automóvil Casco
<input type="checkbox"/> Básica: _____ <input type="checkbox"/> Gastos Médicos: _____ <input type="checkbox"/> Defensa Penal: _____ <input type="checkbox"/> Exceso de Límite: _____	<input type="checkbox"/> Básica: _____ Pérdida No Reconstructiva <input type="checkbox"/> Bs. F. _____ <input type="checkbox"/> Cobertura Amplia: _____ <input type="checkbox"/> Bs. F. _____ <input type="checkbox"/> Motín, Disturbios Populares, Disturbios Laborales, Daños Maliciosos, Terremoto o Temblor de Tierra: _____ <input type="checkbox"/> Bs. F. _____ <input type="checkbox"/> Gastos Funerarios: _____ <input type="checkbox"/> Bs. F. _____ <input type="checkbox"/> Indemnización Diaria por Robo: _____ <input type="checkbox"/> Bs. F. _____ <input type="checkbox"/> Otra: _____ Tipo de Asistencia: Asistencia en Viaje: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Bs. F. _____

Accidentes Personales para Ocupantes de Vehículo

Suma Asegurada:			
Personas Asegurables	Muerte e Invalidez (Bs. F.)	Gastos Médicos (Bs. F.)	Prima Anual
Conductor			
Pasajero			
Ayudante			
Totales:			

VII. PERSONAS QUE HABITUALMENTE CONDUCEN EL VEHICULO

Nombre (s) y Apellido (s)	Estado Civil	Parentesco	Fecha de Nacimiento	Nº de Licencia
			/ /	
			/ /	
			/ /	
			/ /	
			/ /	
			/ /	
			/ /	

VIII. DATOS DE DOMICILIACION

En caso de Pago con Tarjeta o Cuentas Bancarias señale con cual autoriza el pago y las renovaciones futuras:

Banco:	Nro. Cuenta:	Tipo de cuenta: Ahorro <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/>
Tipo de Tarjeta: American <input type="checkbox"/> Diners <input type="checkbox"/> Master <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/>	Fecha Vencimiento: / /	
Código:	Nº Tarjeta:	

IX. FLOTAS

Contratante:	
Nº de Unidades:	Emisión de Recibo: Único <input type="checkbox"/> Individual por Unidad <input type="checkbox"/>

X. PARA USO DE LA EMPRESA

Datos de la Solicitud: Completa: <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/>	Peritaje Realizado: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
---	---

Recaudos obligatorios solicitados al Tomador y/o Asegurado

- Formulario de Solicitud debidamente completada en todas sus partes y firmada.
- Fotocopia de la Cédula de Identidad o Pasaporte Vigente.
- Fotocopia de Permiso de Conducir y Fotocopia del Certificado Médico.
- Fotocopia del Título de Propiedad y/o Fotocopia de la Factura de compra en caso de ser Vehículo "0" Km.

Otros Recaudos Solicitados para Personas Jurídicas Residentes en el País:

Registro de Información Fiscal (R.I.F.): <input type="checkbox"/>	Documento Constitutivo de la Empresa: <input type="checkbox"/>	Estatutos Sociales: <input type="checkbox"/>
Estatutos Sociales <input type="checkbox"/>	Modificaciones de Estatutos <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/> Especifique <input type="checkbox"/> : _____

Autorizado por:

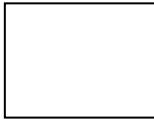
XII. DECLARACIÓN JURADA DE ORIGEN Y DESTINO DE FONDOS

“Declaro en mi carácter de Asegurado Propuesto bajo juramento que la información suministrada es exacta, sin omisión de ningún detalle, hecho o circunstancia con el propósito de disminuir o aminorar la gravedad del riesgo o con la intención de cambiar su objeto. Autorizo la verificación de la misma, así como el suministrar información a terceros para fines de evaluación del riesgo. Queda entendido que la presente solicitud no otorga cobertura provisional. La Cobertura otorgada entrará en vigor una vez que sea aprobada la solicitud por la Empresa de Seguros.

Y yo, _____, C.I. N° _____, el Tomador de la Póliza o en representación del Tomador (Persona Jurídica, con el RIF N° _____), doy fe que el dinero utilizado para el pago de la prima de la Póliza suscrita, bien sea en efectivo, divisas, cheques, transferencias, bonos, u otro medio de pago, provienen de operaciones lícitas, relacionadas con estricta observación a la Legislación Nacional y por lo tanto no tiene relación alguna con bienes, haberes, valores, títulos, capitales o sus excedentes, o beneficios derivados de las actividades ilícitas o de los delitos de legitimación de capitales previstos en la Ley Orgánica contra la Delincuencia Organizada”

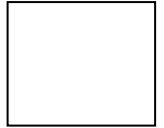
En la Ciudad: _____ Fecha ____ / ____ / ____

Firma del Tomador



Huella del Tomador

Firma del Propuesto Asegurado Titular



Huella del Asegurado Titular

PRODUCTOR

Nombres y Apellidos

Código

Firma