

Nº Solicitud

Emisión ____

Inclusión ____

PÓLIZA DE SEGURO DE VEHÍCULOS TERRESTRES SOLICITUD DE SEGURO

Exclusión ____

Fecha: _____

Datos del Tomador del Seguro y del Propuesto Asegurado

| | |
|------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Tomador Persona Natural | Apellidos: _____ Nombres: _____ |
| | Cédula / Pasaporte: V ____ E ____ N° _____ R.I.F.: _____ Nacionalidad: _____ |
| | Lugar y Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: F ____ M ____ Estado Civil: S ____ C ____ D ____ V ____ O ____ |
| | Profesión: _____ Ocupación u Oficio _____ |
| | Actividad comercial: (si es comerciante indique el ramo): _____ Ingreso Promedio Anual: _____ |
| | La actividad comercial la realiza como: Profesional Independiente ____ Socio ____ Empleado ____ |
| | Dirección de Habitación: _____ |
| | Urbanización / Zona / Sector: _____ Estado: _____ |
| | Ciudad: _____ Municipio: _____ N° Teléfono: _____ |
| | Dirección de Oficina: _____ |
| Urbanización / Zona / Sector: _____ Estado: _____ | |
| Ciudad: _____ Municipio: _____ N° Teléfono: _____ | |
| Correo Electrónico: _____ N° Teléfono Celular: _____ | |
| Dirección de Cobro: _____ | |
| Urbanización / Zona / Sector: _____ Estado: _____ | |
| Ciudad: _____ Municipio: _____ N° Teléfono: _____ | |
| Tomador Persona Jurídica | Denominación de la Razón Social: _____ R.I.F.: _____ |
| | Siglas o Nombre Comercial: _____ Tipo de Persona: Privada ____ Pública ____ |
| | Fecha Constitución: ____ / ____ / ____ Patrimonio: _____ N° Registro: _____ Tomo: _____ |
| | Actividad Económica: Profesional ____ Comercial ____ Industrial ____ Productos o servicios que ofrece: _____ |
| | Ingreso Promedio Anual: _____ |
| | Dirección: _____ |
| | Urbanización / Zona / Sector: _____ Estado: _____ |
| | Ciudad: _____ Municipio: _____ N° Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____ |
| | Dirección de Cobro: _____ |
| | Urbanización / Zona / Sector: _____ Estado: _____ |
| Ciudad: _____ Municipio: _____ N° Teléfono: _____ | |
| Nombres y Apellidos Representante Legal: _____ | |
| Cédula / Pasaporte: V ____ E ____ N° _____ R.I.F.: _____ Nacionalidad: _____ | |
| Correo Electrónico: _____ N° Teléfono: _____ N° Teléfono Celular: _____ | |
| Propuesto Asegurado Persona Natural | Apellidos: _____ Nombres: _____ |
| | Cédula / Pasaporte: V ____ E ____ N° _____ R.I.F.: _____ Nacionalidad: _____ |
| | Lugar y Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: F ____ M ____ Estado Civil: S ____ C ____ D ____ V ____ O ____ |
| | Profesión: _____ Ocupación u Oficio _____ |
| | Actividad comercial: (si es comerciante indique el ramo): _____ Ingreso Promedio Anual: _____ |
| | La actividad comercial la realiza como: Profesional Independiente ____ Socio ____ Empleado ____ |
| | Dirección de Habitación: _____ |
| | Urbanización / Zona / Sector: _____ Estado: _____ |
| | Ciudad: _____ Municipio: _____ N° Teléfono: _____ |
| | Dirección de Oficina: _____ |
| Urbanización / Zona / Sector: _____ Estado: _____ | |
| Ciudad: _____ Municipio: _____ N° Teléfono: _____ | |
| Correo Electrónico: _____ N° Teléfono Celular: _____ | |
| Dirección de Cobro: _____ | |
| Urbanización / Zona / Sector: _____ Estado: _____ | |
| Ciudad: _____ Municipio: _____ N° Teléfono: _____ | |
| do Persona Jurídica | Denominación de la Razón Social: _____ R.I.F.: _____ |
| | Siglas o Nombre Comercial: _____ Tipo de Persona: Privada ____ Pública ____ |
| | Fecha Constitución: ____ / ____ / ____ Patrimonio: _____ N° Registro: _____ Tomo: _____ |
| | Actividad Económica: Profesional ____ Comercial ____ Industrial ____ Productos o servicios que ofrece: _____ |
| | Ingreso Promedio Anual: _____ |
| | Dirección: _____ |
| Urbanización / Zona / Sector: _____ Estado: _____ | |

Propuesto Asegura

| | | | |
|------------------------------------------|------------------|------------------------------------------------|----------------------------|
| Ciudad: _____ | Municipio: _____ | N° Teléfono: _____ | Correo Electrónico: _____ |
| Dirección de Cobro: _____ | | Estado: _____ | |
| Urbanización / Zona / Sector: _____ | | N° Teléfono: _____ | |
| Ciudad: _____ | Municipio: _____ | Nombres y Apellidos Representante Legal: _____ | |
| Cédula / Pasaporte: V ___ E ___ N° _____ | R.I.F.: _____ | Nacionalidad: _____ | |
| Correo Electrónico: _____ | | N° Teléfono: _____ | N° Teléfono Celular: _____ |

Información General de la Póliza

| | | | | | |
|-------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------|--------------|----------------|
| Vigencia: | Desde: ____ / ____ / ____ (a las 12 m) | Fecha de Suscripción: ____ / ____ / ____ | Frecuencia de Pago de la Prima: | Anual ____ | Semestral ____ |
| | Hasta: ____ / ____ / ____ (a las 12 m) | Fecha de Movimiento: ____ / ____ / ____ | Trimestral ____ | Mensual ____ | |
| Sucursal: _____ Moneda: _____ | | | | | |

Descripción del Vehículo a asegurar

| | | | | | |
|--------------------------------------------------------------|-------------|---------------------------------------------|---------|------------------|---------------------------------|
| Marca | Modelo | Año | Versión | Tipo | |
| Serial del Motor | | Serial de Carrocería | | Serial de Chasis | |
| Placa | Color | Uso | Clase | Toneladas | N° de Cilindros |
| Transmisión | | Peso en Kilogramos | | Servicio | |
| Automática | Sincrónico | Otra | | | Número de Puestos |
| Zona de Circulación del Vehículo | | Dispositivo de Seguridad | | | |
| Urbano | Extraurbano | Alarma | Bóveda | Tranca Palanca | Tranca Pedales |
| Otros (especifique) _____ | | | | | |
| Grado de la Licencia del Propuesto Asegurado Persona Natural | | | | | |
| Segunda | Tercera | Cuarta | Quinta | Título | Experiencia Años |
| Conductor Habitual: | | Nombres y Apellidos del Conductor Habitual: | | | |
| Propietario | Cónyuge | Hijo | Chofer | Otros | Cédula / Pasaporte: V ___ E ___ |
| R.I.F.: _____ | | | | | |
| Grado de la Licencia del Conductor Habitual: | | | | | |
| Segunda | Tercera | Cuarta | Quinta | Título | Experiencia Años |

| | | | | | |
|----------------------------------------------------------|----|----|------------|---------|----------|
| Ubicación del Vehículo: | | | | | |
| Permanece el vehículo durante el día en estacionamiento: | Si | No | Público | Privado | Enrejado |
| Pernocta el vehículo usualmente en estacionamiento: | Si | No | Público | Privado | Enrejado |
| | Si | No | Vigilancia | Si | No |

SEGURO DE CASCO DE VEHÍCULOS TERRESTRES - COBERTURA BÁSICA

| Automóvil - Casco | Suma Asegurada | Deducible |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-----------|
| ___ Cobertura de Pérdida Parcial | | |
| ___ Cobertura de Pérdida Total | | |
| ___ Cobertura Amplia | | |
| ___ Cobertura Amplia, limitada las pérdidas parciales a 2 eventos y hasta un % de la suma asegurada: ___ 20% ___ 30% | | |

SEGURO DE CASCO DE VEHÍCULOS TERRESTRES - COBERTURAS OPCIONALES

| Automóvil - Casco | Suma Asegurada | Deducible |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-----------|
| ___ Motin, Conmocion Civil, Disturbios Populares, Saqueos, Disturbios Laborales, Conflictos de Trabajo y Danos Maliciosos. Pérdida Parcial. | | |
| ___ Motin, Conmocion Civil, Disturbios Populares, Saqueos, Disturbios Laborales, Conflictos de Trabajo y Danos Maliciosos. Pérdida Total. | | |
| ___ Indemnización Diaria por Asalto, Atraco, Robo o Hurto. | | |

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL DE VEHÍCULOS RCV

| | | |
|--------------------------------------|--|--|
| ___ RCV Básica | | |
| ___ Asistencia legal y defensa penal | | |
| ___ Exceso de límites | | |

El Tomador o el Asegurado no está obligado a tomar todas y cada una de las coberturas aquí señaladas, por lo que puede seleccionar libremente las que se ajusten a sus necesidades.

Beneficiarios del Seguro (si son diferentes del Asegurado)

| | |
|----------------------------|----------------------------------------------------|
| Apellidos y Nombres: _____ | Cédula / Pasaporte / R.I.F. : V ___ E ___ N° _____ |
| Apellidos y Nombres: _____ | Cédula / Pasaporte / R.I.F. : V ___ E ___ N° _____ |

Beneficiario Preferencial

| | |
|----------------------------|----------------------------------------------------|
| Apellidos y Nombres: _____ | Cédula / Pasaporte / R.I.F. : V ___ E ___ N° _____ |
|----------------------------|----------------------------------------------------|

Declaraciones

El Tomador y el Propuesto Asegurado declaran que la información aquí suministrada es exacta, sin omisión alguna de detalle, hecho o circunstancia, con el propósito de aminorar el riesgo, en el entendido que ésta servirá de base al **Asegurador** para la emisión de la póliza y el cobro de la prima correspondiente. Los riesgos empezarán a correr por cuenta del **Asegurador** a partir de la fecha indicada en el Cuadro Póliza Recibo.

| | | | | | |
|--------------------------------------------------|--------------|----------------------|---------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------------------------|
| Firma del Propuesto Asegurado (Personal Natural) | Firma | Pulgar del Asegurado | Firma del Representante Legal del Propuesto Asegurado (Personal Jurídica) | Firma | Pulgar del Representante Legal |
|--------------------------------------------------|--------------|----------------------|---------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------------------------|

Doy fe que el dinero utilizado para el pago de la prima, proviene de una fuente lícita y por lo tanto, no tiene relación alguna con dinero, capitales,

bienes, haberes, valores o títulos producto de las actividades o acciones derivadas de operaciones ilícitas.

Esta solicitud formará parte integrante de la póliza y el Asegurador estará obligado a entregar una copia al Tomador, conjuntamente con las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, el Cuadro Póliza Recibo, los anexo, si los hubiere, y demás documentos que formen parte del contrato de seguro.

| | | | | | | |
|--------|--------------------------------------|--------|--------------------|---------------------------------------------------------------|--------|--------------------------------|
| Firmas | Firma del Tomador (Personal Natural) | Huella | Pulgar del Tomador | Firma del Representante Legal del Tomador (Personal Jurídica) | Huella | Pulgar del Representante Legal |
|--------|--------------------------------------|--------|--------------------|---------------------------------------------------------------|--------|--------------------------------|

Intermediario de la actividad aseguradora: Código

Sede Principal: 2da. Transversal de las Delicias de Sabana Grande, Av. Los Manquitos, Edif. Seguros Corporativo, Caracas-Venezuela. Teléfonos:
(0212)762.4431/7194/1774/5642, www.seguoscorporativos.com