

Solicitud de Seguros para Vehículos Terrestres

En base a la información suministrada en esta solicitud la Empresa de Seguros tomará la decisión de aceptar o no el riesgo, es por ello que la misma debe ser llenada en su totalidad, sin enmiendas y debidamente firmada por el Tomador y el Propuesto Asegurado.

I. DATOS DEL TOMADOR					
Apellidos y Nombres / Razón Social:					
Tipo de Persona: <input type="checkbox"/> Natural <input type="checkbox"/> Jurídica	N° de Cédula o RIF V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>		N° de Pasaporte	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo
Lugar de Nacimiento:	País:	Estado:	Ciudad:	Nacionalidad:	
Fecha de Nacimiento:	Edad:	Peso:	Estatura:	Oficio u Ocupación:	
Ingreso Mensual: Bs.	Ingreso Anual: Bs.		Actividad Económica:		
En caso de ser persona Jurídica, indique los siguientes datos					
Siglas de la Empresa:		Fecha de Constitución de la Compañía		Número de Registro:	
Tomo:	Carácter bajo el cual contrata la Póliza				

II. DIRECCIÓN DE DOMICILIO					
Avenida:	Sector:	Calle:	Urbanización:		
Edificio/Torre/Quinta:	Piso/Nivel:	Apto N°:	Estado:	Ciudad:	Municipio:
Parroquia:	Zona Postal:	Condiciones de la Vivienda <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Alquilada		Cod. Área:	Teléfono de Domicilio:
Teléfono Celular:	N° de Fax:	E-mail			

III. DIRECCIÓN DE COBRO					
<input type="checkbox"/> Domicilio <input type="checkbox"/> Otra: Indique:					
Avenida:	Sector:	Calle:	Urbanización:		
Edificio/Torre/Quinta	Piso/Nivel:	Apto N°	Estado:	Ciudad:	Municipio:
Parroquia:	Zona Postal:	Cod. Área:	Teléfono de Domicilio, Ofic u Otra:		Teléfono Celular:
N° de Fax:		E-mail:			

IV. PROPUESTO ASEGURADO					
Apellidos y Nombres:				N° de Cédula o RIF V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	
N° de Pasaporte	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Otro:			
Lugar de Nacimiento:	País:	Estado:	Ciudad:	Nacionalidad:	
Fecha de Nacimiento:	Edad:	Peso:	Estatura:	Oficio u Ocupación:	
Ingreso Mensual: Bs.	Ingreso Anual: Bs.		Actividad Económica:	E-mail:	

V. DATOS DEL VEHICULO						
N° de Placa:	Año:	Marca:	Modelo:	Versión:	N° de Puestos	Color:
Uso:	Tipo:		Peso (Kg.) / Capacidad (TM.):		Transmisión: <input type="checkbox"/> Automática <input type="checkbox"/> Sincrónica <input type="checkbox"/> Secuencial	
N° Cert.Origen:		Serial del Motor:		Serial de Carrocería:		
Lugar habitual del Vehículo: <input type="checkbox"/> Urbano <input type="checkbox"/> Extraurbano		Si el Vehículo es de carga, ¿Qué tipo de mercancías transporta?				
¿Transporta Materia Inflamable o explosivo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			El estacionamiento del Vehículo es: <input type="checkbox"/> Público <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> En la vía pública			
Estado del Vehículo		Sistema de Seguridad		Conductor Habitual		
<input type="checkbox"/> Buenas Condiciones <input type="checkbox"/> Regulares Condiciones <input type="checkbox"/> Malas Condiciones		<input type="checkbox"/> Alarma Sonora <input type="checkbox"/> Trabegas <input type="checkbox"/> Trancapalanca <input type="checkbox"/> Bastón <input type="checkbox"/> Otros		<input type="checkbox"/> Propietario <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Chofer <input type="checkbox"/> Otros: Apellidos y Nombres: _____ _____ Edad _____ C.I. N° _____		
VI. COBERTURAS SOLICITADAS						
Casco		Suma Asegurada Bs.		Accesorios		
Cobertura Amplia / Motín y Disturbios Callejeros				<input type="checkbox"/> Radio Reproductor de CD Bs. _____		
Pérdida Total /Motín y Disturbios Callejeros				<input type="checkbox"/> Radio Reproductor de DVD Bs. _____		
Indemnización Diaria por Robo o Hurto del Bien Asegurado				<input type="checkbox"/> Pantalla LCD para DVD Bs. _____		
				<input type="checkbox"/> Radio Reproductor de MP3 Bs. _____		
				<input type="checkbox"/> Planta Amplificadora Bs. _____		
<input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil de Vehículos Básica				<input type="checkbox"/> Cornetas y Bajos Bs. _____		
Accidentes Personales Ocupantes de Vehículo				<input type="checkbox"/> Spoilers Bs. _____		
Exceso de Límite				<input type="checkbox"/> Rines Bs. _____		
Defensa Penal				<input type="checkbox"/> Otros: _____		
Asistencia en Viajes <input type="checkbox"/> Tradicional <input type="checkbox"/> Plus				_____ Bs. _____		
VII. ANTECEDENTES DE SEGUROS SOBRE EL VEHICULO						
1. Compañía en que ha estado asegurado el vehículo:			2. ¿Alguna vez le han anulado una póliza de seguro de vehículos o le han impuesto condiciones especiales para ser asegurado?			
Nombre de la Cía Aseguradora	Desde Mes/Año	Hasta Mes/Año	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, detalle: _____			

3.- Indique los reclamos que ha tenido en los últimos años:						
Mes/Año	Compañía Aseguradora	Monto	Causa			
			<input type="checkbox"/> Robo <input type="checkbox"/> Hurto <input type="checkbox"/> Accid. <input type="checkbox"/> Otro:			
			<input type="checkbox"/> Robo <input type="checkbox"/> Hurto <input type="checkbox"/> Accid. <input type="checkbox"/> Otro:			
VIII. DECLARACIONES						
Yo, el TOMADOR declaro que he leído cuidadosamente y totalmente, una a una, todas las preguntas y respuestas consignadas en esta solicitud y certifico la exactitud y veracidad de las mismas y que no he omitido, ocultado o disimulado, ningún hecho ni circunstancias que puedan modificar la opinión de la Empresa de Seguros sobre el riesgo a correr por el seguro solicitado.						
DECLARACION DE FE						
Yo, _____, titular de la cédula de identidad y/o pasaporte N° _____ en mi carácter de TOMADOR, declaro que el dinero utilizado para el pago de la prima del presente seguro, proviene de una fuente lícita por lo tanto no tiene relación alguna con capitales, bienes, haberes o beneficios derivados de las actividades ilícitas o de los delitos de Legitimación de Capitales previstos en la Ley Orgánica Contra la Delincuencia Organizada.						
Firmado en _____ el día _____ del mes de _____ del año _____						
_____ Firma del Tomador		_____ Firma del Propuesto Asegurado		_____ Firma del Intermediario		
C.I. N° _____		C.I. N° _____		Apellidos y Nombres del Intermediario Código N° _____		

This document was created with Win2PDF available at <http://www.win2pdf.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.
This page will not be added after purchasing Win2PDF.