

SOLICITUD DE SEGURO PÓLIZA DE VEHÍCULOS TERRESTRES

Tipo de Póliza: ☒ Individual ☐ Flota

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL TOMADOR

PERSONA NATURAL

C. I. / Pasaporte V-16.669.265	Rif V-16.669.265-9	Nacionalidad VENEZOLANO	Sexo <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M
Apellidos PIÑA RIVAS		Nombres GUILLERMO ALEJANDRO	
Fecha de Nacimiento 12/10/1984	Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero <input checked="" type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Otro		
Profesión o Actividad Económica FISCAL DE RENTA	Ingreso Anual Bs. <input type="checkbox"/> Hasta 6.000 <input type="checkbox"/> De 6.001 a 12.000 <input checked="" type="checkbox"/> 12.001 a 18.000 <input type="checkbox"/> Más de 18.000		

PERSONA JURÍDICA

Tipo de Persona <input type="checkbox"/> Jurídica <input type="checkbox"/> Gubernamental	Rif		
Razón Social	Nombre Comercial		
Fecha Constitución	Nombre del Registro Mercantil	Nº Registro	Nº Tomo
Actividad Económica <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Gubernamental	Especifique	Promedio Ingreso Mensual Bs.	
Representante Legal: Nombres Apellidos		C.I.	

DIRECCIÓN DE HABITACIÓN (PERSONA NATURAL) / DIRECCIÓN DE EMPRESA (PERSONA JURÍDICA)

País VENEZUELA	Estado DISTRITO CAPITAL	Ciudad CARACAS	
Municipio LIBERTADOR	Parroquia SAN JUAN	Urbanización SAN JUAN	
Av./Calle/Transversal BARALT	Centro Comercial/Edificio/Local/Casa MADERERO		Piso 3
Teléfono 1 (Cód. y Nº) (0212) 858-07-28	Teléfono 2(Cód. y Nº) (0212) 484-32-73	Teléfono 3 (Cód. y Nº) (0212) 858-26-89	Teléfono Celular (0414) 028-27-63
E-mail ALEJNDRO20@HOTMAIL.COM / LACHIQUILLAYASHIR@HOTMAIL.COM			Fax (Cód. y Nº)
			Zona Postal 1020

DIRECCIÓN DE COBRO

País VENEZUELA	Estado DISTRITO CAPITAL	Ciudad CARACAS	
Municipio LIBERTADOR	Parroquia SAN JUAN	Urbanización SAN JUAN	
Av./Calle/Transversal BARALT	Centro Comercial/Edificio/Local/Casa MADERERO		Piso 3
Teléfono 1 (Cód. y Nº) (0212) 858-07-28	Teléfono 2(Cód. y Nº) (0212) 484-32-73	Teléfono 3 (Cód. y Nº) (0212) 858-26-89	Teléfono Celular (0414)- 028-27-63
			Fax(Cód. y Nº)

Seguros Universitas C.A. – R.I.F. J-00148811-1 - Inscrita en la Superintendencia de la Actividad Aseguradora bajo el Nº 83
Aprobado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante Oficio Nº 10414 de fecha 26-08-2009

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO TITULAR
PERSONA NATURAL

C. I. / Pasaporte V-16.669.265	Rif V-16.669.265-9	Nacionalidad VENEZOLANO	Sexo <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M
Apellidos PIÑA RIVAS		Nombres GUILLERMO ALEJANDRO	
Fecha de Nacimiento 12/10/1984	Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero <input checked="" type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Otro		
Profesión o Actividad Económica FISCAL DE RENTA		Ingreso Anual Bs. <input type="checkbox"/> Hasta 6.000 <input type="checkbox"/> De 6.001 a 12.000 <input checked="" type="checkbox"/> 12.001 a 18.000 <input type="checkbox"/> Más de 18.000	

PERSONA JURÍDICA

Tipo de Persona	<input type="checkbox"/> Jurídica <input type="checkbox"/> Gubernamental	Rif
Razón Social	Nombre Comercial	
Fecha Constitución	Nombre del Registro Mercantil	Nº Registro
Actividad Económica <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Gubernamental	Especifique	Promedio Ingreso Mensual Bs.

DIRECCIÓN DE HABITACIÓN (PERSONA NATURAL) / DIRECCIÓN DE EMPRESA (PERSONA JURÍDICA)

País VENEZUELA	Estado DISTRITO CAPITAL	Ciudad CARACAS		
Municipio LIBERTADOR	Parroquia SAN JUAN	Urbanización SAN JUAN		
Av./Calle/Transversal BARALT	Centro Comercial/Edificio/Local/Casa MADERERO		Piso 3	Of./Apto. 3-A
Teléfono 1 (Cód. y Nº) (0212) 858.07-28	Teléfono 2 (Cód. y Nº) (0212) 484-32-73	Teléfono 3 (Cód. y Nº) (0212) 858-26-89	Teléfono Celular 0414-028-27-63	Fax (Cód. y Nº)
E-mail ALEJNDRO20@HOTMAIL.COM / LACHIQUILLAYASHIR@HOTMAIL.COM				Zona Postal 1020

BENEFICIARIO PREFERENCIAL

C. I. / Rif V- 15.947.844	Apellidos y Nombres / Razón Social RENDON ARAQUE YASHIR INES
-------------------------------------	--

CONDUCTOR HABITUAL DEL VEHÍCULO (COMPLETE SOLO SI ES DISTINTO AL TOMADOR O AL ASEGURADO TITULAR)

El vehículo es conducido normalmente por

☒ Propietario ☐ Hijos ☐ Cónyuge ☐ Chofer ☐ Otros. Especifique:

Apellidos PIÑA RIVAS		Nombres GUILLERMO ALEJANDRO	
C. I. / Pasaporte V-16.669.265	Sexo <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M	Fecha de Nacimiento 12/10/1984	Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero <input checked="" type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Otro
Profesión o Actividad Económica FISCAL DE RENTA			
Grado de Licencia 5		Teléfonos 0414-028-27-63	

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL VEHÍCULO

CARACTERÍSTICAS

Placas AK327HA	Marca CHERY	Modelo ARAUCA	Versión	Año 2013	Kilometraje 1500
Cilindros	Transmisión <input type="checkbox"/> Automática <input checked="" type="checkbox"/> Sincrónica <input type="checkbox"/> Secuencial	Nº Puestos 5	Peso(Kgs.) o Capacidad (TM) 375	Color AZUL ELECTRICO	
Serial de Motor SQR473FAFDB00113		Serial de Carrocería 8X7F1B11XDD011845		Importado <input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No	Nuevo de Agencia <input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Clase AUTOMOVIL		Tipo HATCHA BACK		Uso PARTICULAR	
Certificado de Origen Nº 010059			Certificado de Registro de Vehículo (Título)		

Dispositivos de Seguridad

☒ Alarma ☐ Tranca Palanca ☐ Tranca Pedales ☐ Otros (Especifique):

USO DEL VEHÍCULO

Lugar de uso habitual del vehículo TRABAJO / UNIVERIDAD / DOMICILIO		Tiempo aprox. de su domicilio al trabajo 1 HORA	Ruta <input checked="" type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Extraurbana
Vehículos de Alquiler <input type="checkbox"/> Con Chofer <input type="checkbox"/> Sin Chofer	Vehículos Rústicos <input type="checkbox"/> Doble Tracción (4x4) <input type="checkbox"/> Sport Wagon (4x2)	Motocicletas <input type="checkbox"/> Paseo <input type="checkbox"/> Deporte <input type="checkbox"/> Trabajo	
Vehículos de Carga	Tipo de mercancía que transporta:		¿La mercancía es inflamable o explosiva? <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 Personal		

El vehículo pertenece o es utilizado por:

☐ Bomberos ☐ Empresa de Vigilancia ☐ Policía ☐ Servicio de Ambulancia ☐ Transporte de Dinero ☐ Transporte de Valores

Estacionamiento del vehículo

Diurno: ☒ Residencia ☐ Privado ☐ Público ☐ Vía Pública **Nocturno:** ☒ Residencia ☐ Privado ☐ Público ☐ Vía Pública

COBERTURAS SOLICITADAS

Casco	Suma Asegurada Bs.	Responsabilidad Civil de Vehículos	Suma Asegurada Bs.
<input type="checkbox"/> Cobertura Amplia		<input type="checkbox"/> Básica	
<input type="checkbox"/> Pérdida Total		<input type="checkbox"/> Asistencia Legal y Defensa Penal	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Exceso de Límite	
Accidentes Personales Ocupantes del Vehículo	Suma Asegurada Bs.	Otras Coberturas	Suma Asegurada Bs.
<input type="checkbox"/> Muerte Accidental		<input type="checkbox"/> Situación Catastrófica	
<input type="checkbox"/> Invalidez Permanente		<input type="checkbox"/> Asistencia en Viaje	
<input type="checkbox"/> Gastos Médicos		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Gastos Funerarios		<input type="checkbox"/>	
Accesorio	Suma Asegurada Bs.	Accesorio	Suma Asegurada Bs.
<input type="checkbox"/> Radio reproductor		<input type="checkbox"/> Caucho de repuesto	
<input type="checkbox"/> Radio CD		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Compact disc		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Rines especiales		<input type="checkbox"/>	

SEGUROS DE VEHÍCULOS EN OTRAS COMPAÑÍAS ASEGURADORAS

¿Posee otra Póliza de Seguro sobre este vehículo? ☐ Si ☒ No

En caso afirmativo, indique: **Compañía de Seguros** **Nº de Póliza**

FORMA DE PAGO

☐ De Contado ☒ Financiado ☒ Cheque ☐ Tarjeta de Crédito ☐ Tarjeta de Débito

AUTORIZACIÓN

DECLARACIÓN

Declaro que he leído cuidadosa y totalmente las preguntas formuladas, y doy fe que la información y respuestas por mí proporcionadas, son verdaderas, completas y exactas en todas sus partes, sin haber incurrido en omisión o reticencia alguna que pueda modificar la opinión de Seguros Universitas, C.A., en cuanto a la aceptación del riesgo a correr por el seguro solicitado. Declaro conocer las Condiciones Generales y Particulares, Anexos de contratación, así como los límites de cobertura presentes en la póliza a emitir.

Autorizo la verificación de la información aquí suministrada, así como proporcionar información a terceros, para fines de evaluación del riesgo.

Doy fe que el dinero utilizado para el pago de la prima de la Póliza cuya suscripción en este acto solicito, proviene de una fuente lícita y por lo tanto, no tiene relación alguna con dinero, capitales, bienes, haberes, títulos o beneficios derivados de las actividades ilícitas o de los delitos de Legitimación de Capitales y Financiamiento al Terrorismo, previstos en la normativa venezolana vigente en la materia.

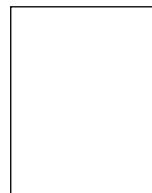
Lugar y Fecha: _____, ____/____/____

Firma Asegurado Titular
C.I.:



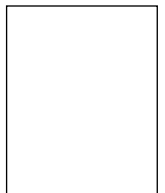
Huella Dactilar

Firma Tomador
C.I.:
Rif:



Huella Dactilar

Firma Intermediario
C.I.:
Código:



Huella Dactilar