

Solicitud de Seguro de Vehículos Terrestres
Datos del Tomador del Seguro

Apellido(s) y Nombre(s) / Razón Social:											
C.I./Pasaporte/RIF:			Nacionalidad:				Estado Civil:				
Lugar y Fecha de Nacimiento:				Edad:		Sexo:		<input type="checkbox"/>	F	<input type="checkbox"/>	M
Dirección de Habitación:											
Municipio:		Parroquia:			Ciudad:		Estado:				
Teléfonos:				E-mail:							
Dirección de Cobro:											
Municipio:		Parroquia:			Ciudad:		Estado:				
Teléfonos:				E-mail:							
Profesión/Oficio/Ocupación/Actividad Económica:						Ingreso Anual (moneda):):					
Tipo de Actividad:		Socio		<input type="checkbox"/>	Trabajador Independiente:		<input type="checkbox"/>	Empleado		<input type="checkbox"/>	Especifique:
Cargo que desempeña/Descripción de la Actividad:								Ramo:			
Dirección de la Empresa donde trabaja:											
				Teléfono:			Nombre de la Empresa:				
Carácter bajo el cual contrata la Póliza:											

Datos del Representante del Tomador

Apellido(s) y Nombre(s) / Razón Social:									
C.I. / Pasaporte / RIF:		V	<input type="checkbox"/>	E	<input type="checkbox"/>	P	<input type="checkbox"/>	J	<input type="checkbox"/>
Dirección:									
Municipio:			Parroquia:			Ciudad:			
Estado:			Teléfonos:			E-mail:			
Profesión/Oficio/Ocupación/Actividad Económica:									
Dirección de la Empresa donde trabaja:									
				Teléfono:					

Datos del Propuesto Asegurado (Llenar solo si es diferente al Tomador)

Apellido(s) y Nombre(s) / Razón Social:											
C.I./Pasaporte/RIF:			Nacionalidad:				Estado Civil:				
Lugar y Fecha de Nacimiento:				Edad:		Sexo:		<input type="checkbox"/>	F	<input type="checkbox"/>	M
Empresa donde trabaja:						Fecha de Ingreso:					
Profesión/Oficio/Ocupación/Actividad Económica:						Ingreso Anual (moneda):):					
Dirección de la Empresa donde trabaja:											
				Teléfono:							
Dirección de Cobro:											
Municipio:		Parroquia:			Ciudad:		Estado:				
Teléfonos:				E-mail:							
Dirección de Habitación:											
Municipio:		Parroquia:			Ciudad:		Estado:				
Teléfonos:				E-mail:							
Carácter bajo el cual contrata la Póliza:											

Datos del Tomador (Si es Persona Jurídica)

N° de Registro de la Compañía:			Fecha de Constitución:			N° Tomo:													
Naturaleza de la Empresa:		Privada		<input type="checkbox"/>	Pública		<input type="checkbox"/>	Objeto o Razón Social:											
Actividad Económica:		<input type="checkbox"/>		Profesional		<input type="checkbox"/>		Comercial		<input type="checkbox"/>		Societaria		<input type="checkbox"/>		Industrial		Especifique:	
Productos que ofrece:																			
Acta Constitutiva y Estatutos Sociales:						Ingreso Promedio Anual (moneda):):													
Dirección de la Compañía:																			
Municipio:		Parroquia:			Ciudad:		Estado:												
Teléfonos:				E-mail:															
Utilidad del Ejercicio Económico Inmediatamente Anterior:						Patrimonio Último Estado de Resultados:													

Datos del Seguro											
Tipo de Solicitud:	Emisión:	<input type="checkbox"/>	Modificación:	<input type="checkbox"/>	Inclusión:	<input type="checkbox"/>	Fecha de Solicitud:				
Tipo de Póliza:	Individual	<input type="checkbox"/>	Flota/Colectivo	<input type="checkbox"/>	Fecha de Vigencia:	Desde:	/ /	Hasta:	/ /		
Forma de Pago:	Anual	<input type="checkbox"/>	Semestral	<input type="checkbox"/>	Otra:			Sucursal:			
Datos del Vehículo											
N° Placa:	Marca:		Modelo:			Año:					
Clase:	N° de Puestos:		Peso Kg o Cap. TM:		Vehículo Nuevo?:		Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	
Kms. Recorridos:	Serial de Carrocería:			Serial de Motor:							
N° Certificado de Origen:	Cert. Registro del Vehículo (Título):										
Color:	Automático			<input type="checkbox"/>	Sincrónico	<input type="checkbox"/>	Importado:	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Uso del Vehículo											
Conductor Habitual del Vehículo:	Propietario	<input type="checkbox"/>	Cónyuge	<input type="checkbox"/>	Hijo	<input type="checkbox"/>	Chofer	<input type="checkbox"/>	Otro (especifique):	<input type="checkbox"/>	
¿El vehículo es de Carga?:	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, especifique mercancía(s) que transporta:						
¿Transporta material inflamable o explosivos?:	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Estado (lugar) de uso habitual del vehículo:						
El Estacionamiento del vehículo es:	Diurno en:	Privado	<input type="checkbox"/>	Público	<input type="checkbox"/>	En la vía pública	<input type="checkbox"/>				
	Nocturno en:	Privado	<input type="checkbox"/>	Público	<input type="checkbox"/>	En la vía pública	<input type="checkbox"/>				
Tiempo aproximado de su residencia a su lugar de trabajo (horas):											
Dispositivos de Seguridad											
Alarma	<input type="checkbox"/>	Alarma - Corta corriente	<input type="checkbox"/>	Corta corriente convencional	<input type="checkbox"/>	Sistema Satelital	<input type="checkbox"/>				
Tranca palanca	<input type="checkbox"/>	Tranca pedales	<input type="checkbox"/>	Bóveda	<input type="checkbox"/>	Otro:					
Coberturas Solicitadas											
Casco de Vehículos Terrestres											
Cobertura Básica		Suma Asegurada (moneda)				Deducible (%)					
Cobertura Amplia	<input type="checkbox"/>										
Pérdida Total	<input type="checkbox"/>										
Pérdida Parcial	<input type="checkbox"/>										
Coberturas Opcionales (El Tomador no está obligado a contratar las coberturas opcionales)											
Motín, Disturbios Populares, Disturbios Laborales y Daños Maliciosos <input type="checkbox"/>											
Indemnización Diaria (por Robo o Hurto) <input type="checkbox"/> Riesgos Catastróficos <input type="checkbox"/>											
Accesorios (No Originales)											
Descripción del Accesorio	Suma Asegurada (moneda)				Descripción del Accesorio	Suma Asegurada (moneda)					
Aire Acondicionado					Televisor						
Radio					Rines (4)						
Radio Cd / Mp3					Tazas de Rines (4)						
Radio Reproductor					Copas y Tapas de Rines (4)						
Radio Reproductor Cd / Mp3					Sensor de Retroceso						
Cornetas											
DVD											
Responsabilidad Civil / Accidentes Personales											
Cobertura Básica		Suma Asegurada (moneda)									
Responsabilidad Civil de Vehículos Básica		<input type="checkbox"/>									
Coberturas Opcionales (El Tomador no está obligado a contratar las coberturas opcionales)											
Exceso de Límite		<input type="checkbox"/>									
Asistencia Legal y Defensa Penal		<input type="checkbox"/>									
Accidentes Personales para Ocupantes		Muerte Accidental				<input type="checkbox"/>					
		Invalidez Total o Parcial Permanente				<input type="checkbox"/>					
		Gastos Médicos y de Farmacia				<input type="checkbox"/>					
Gastos Funerarios (en caso de accidente de tránsito)		<input type="checkbox"/>									

Datos Complementarios					
¿Existen otros Seguros vigentes sobre el Vehículo?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Empresa o Cooperativa de Seguros:		
Fecha de vencimiento de la cobertura:		Tipo:			
¿Ha sido rechazada alguna solicitud de Emisión de Póliza, Renovación o Modificación sobre el Vehículo a asegurar en otra Empresa o Cooperativa de Seguros?					
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Especifique:					
¿Ha sufrido algún siniestro con anterioridad transitando con el Vehículo?					
Monto:		Causa:		Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
En qué fecha:					
En qué fecha:					
Intermediario(s) de la Actividad Aseguradora					
Apellidos y Nombres					Código
Forma de Pago de la Prima					
Forma de Pago: Por Cheque: <input type="checkbox"/> Por Transferencia: <input type="checkbox"/> Por Domiciliación de Cobro: <input type="checkbox"/>					
Tipo de Instrumento: Cuenta Corriente <input type="checkbox"/> Cuenta de Ahorro <input type="checkbox"/> Tarjeta de Crédito <input type="checkbox"/> Moneda:					
Nro. de Cuenta o tarjeta para la domiciliación: <input style="width: 100%;" type="text"/>					
Banco emisor de la cuenta o tarjeta indicada para la domiciliación				Fecha de Vencimiento de la Tarjeta:	
				Mes: _____ Año: _____	
Declaración de Fe					
Yo, _____, el Propuesto Asegurado, en mi carácter de solicitante de la Póliza o en representación de éste, declaro 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 a Seguros Venezuela, C.A. para la emisión de la Póliza y el cobro de la prima.					
_____ Firma del Propuesto Asegurado			<input style="width: 60px; height: 40px;" type="text"/>	Huella Dactilar del pulgar de la mano derecha o en su defecto, de la mano izquierda	
Lugar: _____		Fecha: _____ de _____ de 20 ____			
Yo, _____, titular de la cédula de identidad N° _____ en mi carácter de Tomador, doy fe de que el dinero utilizado para el pago de Prima proviene de una fuente lícita y su origen no guarda relación alguna con capitales, bienes, haberes, valores, títulos u operaciones, producto de actividades ilícitas o que provenga de los delitos de Delincuencia Organizada u otras conductas tipificadas en la legislación venezolana.					
_____ Firma del Tomador			<input style="width: 60px; height: 40px;" type="text"/>	Huella Dactilar del pulgar de la mano derecha o en su defecto, de la mano izquierda	
Lugar: _____		Fecha: _____ de _____ de 20 ____			

Aprobado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante Oficio N°

de fecha

Av. Francisco de Miranda, Edif. Seguros Venezuela, Pisos 8 y 9, Urb. Campo Alegre. Caracas, Edo. Miranda, Venezuela. Zona Postal 1060.

Telf.: (0212) 901.7111
 información@segurosvenezuela.com
 0501 SV INFORMA (0501-784 6367)

www.segurosvenezuela.com
 Seguros Venezuela, C.A. RIF: J-00034036-6
 Compañía de Seguros inscrita en la Superintendencia de la Actividad Aseguradora bajo el N° 24.