

**SOLICITUD DE SEGUROS
VEHICULOS TERRESTRES
AUTO PLUS**

Nº Póliza:

I.- Datos de Identificación

Tomador / Asegurado. (Persona Natural)

Nacionalidad: <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> No Residente <input type="checkbox"/> Pasaporte		Nº C.I. / Nº Pasaporte:	Apellidos y Nombres:		
Lugar de Nacimiento:	Fecha de Nac.:	Estado Civil: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V	Edad:	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
Oficio u Ocupación: <input type="checkbox"/> Ejercicio independiente <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> Otro			Ingreso Promedio Anual: <input type="checkbox"/> < 10 M <input type="checkbox"/> > 10M <input type="checkbox"/> >30M <input type="checkbox"/> Otro:		
Mencione:					

Tomador / Asegurado. (Persona Jurídica.)

Denominación de la Razón Social:		Fecha:	Nº Reg.:	Nº Tomo:
Nº R.I.F.:	Actividad a la cual se dedica:	Capacidad Económica Anual: <input type="checkbox"/> < 10 M <input type="checkbox"/> > 10M <input type="checkbox"/> >30M <input type="checkbox"/> Otro:		

Representante Legal. (Si el Tomador / Asegurado es persona Jurídica)

Nacionalidad: <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> No Residente <input type="checkbox"/> Pasaporte		Nº C.I. / Nº Pasaporte:	Apellidos y Nombres:	
Cargo que Ocupa:		Nº Oficio (designado por la Junta Directiva.):	Fecha:	

II.- Datos de la Dirección.

Tomador / Asegurado (Persona Jurídica.)

Estado / Distrito:	Ciudad:	Municipio:	Parroquia:
Avenida:	Calle / Sector:	Urbanización:	Edif. / Torre:
Piso / Apto.:	Zona / Apdo. Postal:	Teléfono / Ext.:	Fax:
E-Mail / Página Web:			

Tomador / Asegurado. (Persona Natural)

Habitación.

Estado / Distrito:	Ciudad:	Municipio:	Parroquia:
Avenida:	Calle / Sector:	Urb. / Barrio	Edif. / Qta. / Casa:
Piso / Apto.:	Zona / Apdo. Postal:	Vivienda: <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Alquilada	Teléfono:
Celular:	Otro:	E-Mail:	

Indique la Dirección de Cobro (Habitación Oficina)

III.- Documentos a Consignar. (Fotocopia Legible)

Tomador / Asegurado. (Persona Natural)

- Cédula de Identidad (Vigente)
 Pasaporte (No Residente)

Tomador / Asegurado. (Persona Jurídica)

- Documento Constitutivo de la Empresa
 Registro Mercantil (Estatutos Sociales)
 Modificaciones Posteriores (Si aplica)
 Registro de Información Fiscal (R.I.F.)
Representante(s) Legal(es) / que aparezcan en el Registro Mercantil.
 Cédula de Identidad
 Pasaporte (No Residente)
Registro Civil (Empresas No Domiciliadas en el País)
 Poder Representante Legal (Legalizados por el consulado de la República Bolivariana de Venezuela en su respectivo País.)
 Apostilla (Traducido por un interprete público al idioma castellano)

Documentos del Vehículo:

- Título de Propiedad

En caso de No tener Título de Propiedad:

- Certificación de Origen
 Factura de Compra (Vehículo 0 Kms.)

Vehículo Usado:

- Documentos de Traspaso (Notariado)

Sistema de Seguridad Antirrobo: (Requisito mínimo de acuerdo a las Políticas de Suscripción)

- Mecánico
 Eléctrico

IV.- Datos del Vehículo.

Serial de Carrocería:	Serial del Motor:	Placa N°:	Cilindros:	Año:
Marca:	Modelo:	Color:	Peso Kg.:	Cap. Pasajero y/o Carga:

Clase de Vehículo:

- Particulares Carga Autobuses Tracción Sangre Rústicos de doble tracción
 Minibuses Motocicletas Motocarros Otras Máquinas Rutas Foráneas
 Otros:

Tipo de Carga: (Material)

- Inflamable Corrosivo Tóxico Explosivo Ninguno

Tipo de Antirrobo

- Alarma Tranca Pedal llave de paso de Gasolina inmovilizar Corta Corriente Tranca Palanca
 Otro; indique:

Flota N° de Veh.	Remolque: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Lugar Uso del Veh.: <input type="checkbox"/> Urbano <input type="checkbox"/> Extra-Urbano	Estado y Ciudad donde circula:
------------------	--	--	--------------------------------

Fecha de Adquisición:	Grado Licencia:	Año 1ra. Exp.:	Uso del Vehículo: <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Comercial
-----------------------	-----------------	----------------	---

Pertenece a Cuerpos Policiales, Bomberos, Empresas de Vigilancia o Transporte de Dinero Si No

Tiempo aproximado del domicilio al centro de trabajo:

- < 15 Min. Entre 15 y 45 Min. <45 Min. Propias de la Actividad o Profesional

Indicar si el vehículo está Asegurado actualmente Si No, en caso afirmativo o si estuvo asegurado indique:

Compañía(s) e indique N° de Póliza(s):

V.- Coberturas (Indique con una X las coberturas que desee contratar)

Cobertura Casco.-

Deducible en porcentaje (%)
 3 4 5 (No aplica pérdida total)
 Valor del Vehículo Bs.:

Tipo de Vehículo:
 Sedan Coupé Rústico Pick -Up
 Carga Chuto Batea Otro:

Básica:
 Pérdida Parcial
 Pérdida Total
 Cobertura Amplia

Opcionales:
 Motín
 Indemnización Diaria
 Radio.
 Radio Reproductor
 Aire Acondicionado
 Rines
 Asistencia Intervial
 Otros

Suma Asegurada (Bs.F.):

Cobertura Responsabilidad Civil.-

Básica:
 R.C.V. (Obligatorio)

Opcionales:
 Exceso de Límite
 Defensa Penal
 R.C. ante Pasajero
 Otras coberturas;
 indique:

Suma Asegurada (Bs.F.):

Cobertura Accidentes Personales Ocupantes de Vehículos.-

Vehículos Particulares (5 puestos)		Vehículos de Carga (3 puestos)	
<input type="checkbox"/> Conductor	Límite Máximo	Límite Máximo	Otros, indique:
Muerte			Particulares:
Incapacidad			Nº de Pasajeros:
Gastos Médicos			
<input type="checkbox"/> Pasajeros			Carga:
Muerte			Nº de Pasajeros
Incapacidad			
Gastos Médicos C/U			

En caso de que el Vehículo a asegurar no pertenezca a una Persona Natural, favor adjuntar los siguientes datos de chóferes:

Chofer	Fecha de Nacimiento	Sexo	Edo. Civil	Grado de Licencia
		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D	
		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D	
		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D	

Detalles de todos y cada uno de los accidentes que Usted o su chofer hayan tenido en este o en cualquier otro vehículo durante los últimos dos (2) años.

Indique dónde estaciona o pernocta usualmente el vehículo, cuando se encuentra en un sitio de:

Trabajo: _____ Residencia: _____

En caso de que el vehículo sea de carga, indique:

Recorrido Regular: _____ Tipo de Carga: _____

Forma de Pago: Contrato Master Card Visa Otro | N° de Tarjeta | Banco Emisor:

Cobertura Servicios Funerarios para Ocupantes de Vehículos.

Personas	Edad	Vive en la casa del Asegurado		Sólo debe ser llenado en caso de que sea diferente a la del tomador	Depende Económ. del Asegurado	
		Si	No		Si	No
Propietario del Vehículo		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cónyuge		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hijo (s)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chofer		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si alguna de las respuestas correspondientes a las siguientes preguntas que se presentan a continuación son afirmativas, favor dar detalles:

Con respecto al vehículo: Alguna Compañía ha:

	Si	No	Indique:
a. Rechazado cualquier propuesta suya?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. ¿Denegado la continuación de cualquier seguro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. ¿Cancelado cualquier póliza suya?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

VI.- Información Adicional.

El Asegurado vive en:
 Casa Quinta Apartamento Otro, especifique:
 Propio Alquilado

¿Actualmente posee usted una póliza de hogar? Si No
 En caso contrario desea contratar una póliza hogar

Si su respuesta es afirmativa, debe llenar y firmar la solicitud que a tal efecto le suministre la Compañía de Seguros.

VII.- Domiciliación de Pago.

Cuentas Bancarias: Tipo de Cuenta: Corriente Ahorro F.A.L. Otro
 Banco: N° de Cuenta:
 Tarjeta de Crédito: Visa Master Card N° de Tarjeta: Forma de Pago:
 Banco Emisor Fecha Vencimiento: Total Inicial Giros

VIII.- Declaración de Fe.

Yo, _____, titular de la cédula de identidad Nro. _____, en mi carácter de _____ declaro que la información proporcionada en la presente solicitud, que formará parte integrante de la (s) póliza (s) en trámites de emisión, es enteramente conforme a la verdad y que no he hecho omisiones ni ocultado intencionalmente información necesaria para la correcta apreciación del riesgo.

Yo, el tomador, doy fé que el dinero utilizado para el pago de la prima de la póliza a suscribir, proviene de una fuente lícita por lo tanto no tiene relación alguna con dinero, capitales, bienes, haberes, valores o títulos, producto de las actividades ilícitas o de 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 Representante Legal
 del Tomador / Asegurado(Persona Jurídica)
 Cargo: _____

 Firma del Tomador / Asegurado
 (Persona Natural)
 C.I.- _____

 Firma del Intermediario
 de Seguros
 Código N° _____
 (Sello de la Compañía)