

Fecha: ____/____/____
DD MM AAAA

Solicitud de Seguros Casco de Vehículos Terrestres

Esta solicitud debe ser llenada en su totalidad, sin enmienda y debidamente firmada por El Tomador y el Propuesta Asegurada para evitar devolución con base en la información solicitada en esta planilla. La compañía tomará la decisión de aceptar o no la emisión de la póliza, es por ello que le agradecemos la veracidad en sus respuestas.

Tipo de vehículo a asegurar			
<input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Rústico y Pick Up <input type="checkbox"/> Carga <input type="checkbox"/> Otro _____			
1.1. Persona Natural I. DATOS DEL TOMADOR			
1.1.1 Apellido(s) y nombre(s)		1.1.2. C.I./Pasaporte	1.1.3. Nacionalidad
		<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> P Número:	
1.1.4. Sexo	1.1.5. Lugar de nacimiento	1.1.6. Fecha de nacimiento	1.1.7. Estado civil
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> O Especifique:
1.1.8. Actividad económica (Si es comerciante indicar el Ramo)	1.1.9. Profesión u oficio (Especifique)	1.1.10. Descripción de la actividad económica	
		<input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Libre ejercicio de la profesión <input type="checkbox"/> Socio	
1.1.11 Empresa donde trabaja	1.1.12. Ingreso Anual (Bs.)	1.1.13. E-mail	
1.2. Persona Jurídica			
1.2.1. Razón social			1.2.2. R.I.F.
			<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> G Número:
1.2.3. Actividad económica	1.2.4. Producto u Servicios que ofrece	1.2.5. Ingreso Promedio Anual (Bs.)	
<input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Industrial <input type="checkbox"/> Otros Especifique:			
1.2.6. Fecha de constitución de la empresa	1.2.7. Nombre del Registro Mercantil	1.2.8. Nro. del Registro	1.2.9. Nro. del Tomo
1.2.10. Apellido(s) y nombre(s) del representante legal		1.2.11. C.I./Pasaporte	1.2.12. E-mail
		<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> P Número:	
1.3. Dirección de habitación (Persona Natural) <input type="checkbox"/> Dirección de la empresa (Persona Jurídica) <input type="checkbox"/>			
1.3.1 Estado		1.3.2. Ciudad	
1.3.3. Municipio		1.3.4. Parroquia	
1.3.5. Urbanización		1.3.6 <input type="checkbox"/> Avenida <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Transversal	
		Nombre:	
1.3.7. <input type="checkbox"/> Ctro. Comercial <input type="checkbox"/> Edif. <input type="checkbox"/> Local		1.3.8. <input type="checkbox"/> Piso <input type="checkbox"/> Nro.Apto. <input type="checkbox"/> Nro.Ofic. <input type="checkbox"/> Nro. del Local	
Nombre:		Indique:	
1.3.9. Teléfonos	Hab.:	Ofic.:	Cel.:
			Fax:
1.3.10. Zona Postal			
1.4. Dirección de oficina (Persona Natural)			
1.4.1 Estado	1.4.2. Ciudad	1.4.3. Municipio	1.4.4. Parroquia
1.4.5. Urbanización		1.4.6. <input type="checkbox"/> Avenida <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Transversal	
		Nombre:	
1.4.7. <input type="checkbox"/> Ctro. Comercial <input type="checkbox"/> Edif. <input type="checkbox"/> Local		1.4.8. <input type="checkbox"/> Piso <input type="checkbox"/> Nro.Apto. <input type="checkbox"/> Nro.Ofic. <input type="checkbox"/> Nro. del Local	
Nombre:		Número:	
1.4.9. Teléfonos			
Ofic.:	Otro:	Cel.:	Fax:
1.4.10. Zona Postal		1.4.11. E-mail	
II.- DATOS DEL PROPUESTO ASEGURADO			
2.1. Persona Natural			
2.1.1 Apellido(s) y nombre(s)		2.1.2. C.I./Pasaporte	2.1.3. Nacionalidad
		<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> P Número:	
2.1.4. Sexo	2.1.5. Lugar de nacimiento	2.1.6. Fecha de nacimiento	2.1.7. Estado civil
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> O Especifique:

2.1.8. Actividad económica (Si es comerciante indicar el Ramo)		2.1.9. Profesión u oficio (Especifique)		2.1.10. Descripción de la actividad económica <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Libre ejercicio de la profesión <input type="checkbox"/> Socio	
2.1.11 Empresa donde trabaja		2.1.12. Ingreso Anual (Bs.)		2.1.13. E-mail	
2.2. Persona Jurídica					
2.2.1. Razón social				2.2.2. R.I.F. <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> G Número:	
2.2.3. Actividad económica <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Industrial <input type="checkbox"/> Otros		2.2.4. Producto u Servicios que ofrece		2.2.5. Ingreso Promedio Anual (Bs.)	
2.2.6. Fecha de constitución de la empresa		2.2.7. Nombre del Registro Mercantil		2.2.8. Nro. del Registro	2.2.9. Nro. del Tomo
2.2.10. Apellido(s) y nombre(s) del representante legal		2.2.11. C.I./Pasaporte <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> P Número:		2.2.12. E-mail	
2.3. Dirección de habitación (Persona Natural) <input type="checkbox"/>			2.3. Dirección de la empresa (Persona Jurídica) <input type="checkbox"/>		
2.3.1 Estado		2.3.2. Ciudad			
2.3.3. Municipio		2.3.4. Parroquia			
2.3.5. Urbanización		2.3.6. <input type="checkbox"/> Avenida <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Transversal Nombre:			
2.3.7. <input type="checkbox"/> Ctro. Comercial <input type="checkbox"/> Edif. <input type="checkbox"/> Local Nombre:		2.3.8. <input type="checkbox"/> Piso <input type="checkbox"/> Nro.Apto. <input type="checkbox"/> Nro.Ofic. <input type="checkbox"/> Nro. del Local Indique:			
2.3.9. Teléfonos Hab.:		Ofic.:		Cel.:	
				Fax:	
					2.3.10. Zona Postal
2.4 ¿La dirección de cobro es igual a la dirección de habitación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
En caso negativo, complete la información correspondiente a la dirección de cobro:					
2.4.1 Estado		2.4.2 Ciudad	2.4.3. Municipio	2.4.4. Parroquia	
2.4.5 Urb./Calle/Edf./Piso					
			2.4.6. Zona Postal	2.4.7 E-mail	
III.- DATOS DEL VEHICULO					
3.1 Marca		3.2 Modelo		3.3 Año	3.4 Color
3.5 Serial de motor			3.6 Serial de carrocería		
3.7 N°. de placa		3.8 Uso		3.9 Kilometraje actual	
3.10 Capacidad de puestos		3.11 Capacidad de carga	3.12 Clase <input type="checkbox"/> Sedán <input type="checkbox"/> Coupe <input type="checkbox"/> Otro		
3.13 Transmisión <input type="checkbox"/> Automático <input type="checkbox"/> Sincrónico <input type="checkbox"/> Triptónico <input type="checkbox"/> Otro: _____				3.14 Fecha de adquisición / /	
3.15 ¿Posee el vehículo reserva de dominio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
3.16 En caso afirmativo indique el beneficiario preferencial o copropietario				3.17 C.I./Pasaporte/R.I.F. V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> G	
3.18 Uso diario aproximado (Horas)			3.19 Zona habitual Estado _____ <input type="checkbox"/> Ruta <input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Extra urbana		
3.20 Conductor habitual <input type="checkbox"/> Propietario <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Chofer <input type="checkbox"/> Hijos				3.21 Grado de licencia	
3.22 Lugar donde pernocta el vehículo. Indique las protecciones que posee el lugar: _____ _____ _____					
3.23 Tipo de dispositivo de seguridad instalado <input type="checkbox"/> Chevy star <input type="checkbox"/> Bóveda <input type="checkbox"/> Tranca pedal <input type="checkbox"/> Alarma <input type="checkbox"/> Grabado de vidrios <input type="checkbox"/> Lo jack <input type="checkbox"/> Cortacorriente <input type="checkbox"/> Tranca palanca <input type="checkbox"/> Otro _____					

- Micas especiales de faro delantero Bs. _____
- Micas especiales de stop trasero Bs. _____
- Parrilla de techo Bs. _____
- Estribo posa pie Bs. _____
- Otros Bs. _____

VII.- DECLARACIÓN DEL TOMADOR

7.1. Yo, el propuesto asegurado certifico la exactitud y veracidad de todas las declaraciones arriba expresadas y que nada he omitido, ocultado o disimulado y estoy enterado que las falsedades y reticencias de mala fe por mi parte, debidamente probadas, serán causa de nulidad absoluta del contrato, si son de tal naturaleza que el asegurador de haberlo conocido, no hubiese contratado o lo hubiese hecho en otras condiciones.

Autorizo a C.N.A. de Seguros La Previsora, para requerir cualquier información relacionada a esta solicitud de seguros y relevo a los terceros, cuya información será requerida, de la obligación de guardar el secreto profesional y así como de toda responsabilidad que pudiera derivarse del uso que haga la aseguradora de tales informaciones.

Yo, _____, C.I. N°.: _____ en mi carácter de tomador de la póliza o, representante del tomador (persona jurídica con R.I.F. N°. _____), declaro: 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 previstas en la Ley Orgánica Contra la Delincuencia Organizada y al financiamiento al Terrorismo.

Lugar _____ día _____ de _____ de 20_____

	TOMADOR	PROPUESTO ASEGURADA	
Huella dactilar	Firma	Firma	Huella dactilar

VIII.- DECLARACIÓN DEL INTERMEDIARIO DE SEGUROS

8.1. Apellidos y nombres: _____
 C.I. N°.: _____ V__E__ código del intermediario: _____.

Certifico que todos los datos registrados en la presente solicitud de seguros a mi leal saber y entender son ciertos, correctos, verificables y que las firmas que se avalan son auténticas y veraces.

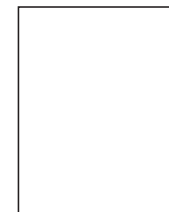
Lugar _____ día _____ de _____ de 20_____

Artículo 185, numeral 3, del Decreto con Rango, Valor y Fuerza de la Ley de la Actividad Aseguradora: "Serán penados"

(...)

3. El intermediario de seguros, que haya incurrido en fraude en el ejercicio de sus funciones. Si el intermediario es una persona jurídica, la sanción por el ilícito se aplicará al presidente o presidenta, administradores o administradoras, ejecutivos o ejecutivas, directores o directoras, gerentes, factores y otros empleados o empleadas de rango similar, responsables del fraude".

Firma del Intermediario



Huella dactilar