



**PÓLIZA DE SEGUROS AUTOCASCO VIVIR
"BUEN CONDUCTOR"**

SOLICITUD DE SEGURO

En base a la información suministrada a continuación, la Empresa de Seguros debe decidir si acepta o no el riesgo, debido a esto agradecemos llenar la solicitud en todas sus partes

DATOS DEL TOMADOR (De ser diferente al Propuesto Asegurado)

1er. Apellido:				2do. Apellido:				1er. Nombre:				2do. Nombre:							
C.I./RIF/Pasaporte:				Nacionalidad: <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E				Estado Civil: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D				F/Nacimiento: ____/____/____ dd mm aaaa				Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
Profesión:				Actividad Económica: <input type="checkbox"/> Industrial <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Gubernamental Indicar el Ramo en caso de que la Actividad Económica sea Comercial:								Ingreso Anual Bs.:							
Oficio u Ocupación: <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Ejercicio Independiente								Cargo:											
Dirección de Habitación:				Casa:				Edificio:				Apto.:							
Piso:				Avenida:				Calle / Transversal / Vereda:											
Urbanización:				Ciudad:				Parroquia:											
Municipio:				Estado:				Cód. Postal:											
Teléfono: Cód. Área ()				Fax: Cód. Área ()				Correo Electrónico:											
Dirección de Oficina:				Casa:				Edificio:				Apto./Oficina:							
Piso:				Avenida:				Calle / Transversal / Vereda:											
Urbanización:				Ciudad:				Parroquia:											
Municipio:				Estado:				Cód. Postal:											
Teléfono: Cód. Área ()				Fax: Cód. Área ()				Correo Electrónico:											
En caso de ser Persona Jurídica, Datos del Registro Mercantil:																			
Razón Social:				Nombre Comercial:				Nº de Registro Mercantil:				F/Registro: ____/____/____ dd mm aaaa							

Datos del Representante:											
1er. Apellido:		2do. Apellido:		1er. Nombre:		2do. Nombre:					
C.I./R.I.F./Pasaporte:		Nacionalidad: <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E		Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		F/Nacimiento: ____/____/____ dd mm aaaa		Estado Civil: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D		Ingreso Anual Bs.:	
Actividad Económica: <input type="checkbox"/> Industrial <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Gubernamental Indicar el Ramo en caso de que la Actividad Económica sea Comercial:											
Profesión:				Oficio u Ocupación <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Ejercicio Independiente				Cargo:			
Dirección de Habitación:			Casa:			Edificio:			Apto.:		
Piso:			Avenida:			Calle / Transversal / Vereda:					
Urbanización:						Ciudad:			Parroquia:		
Municipio:				Estado:				Cód. Postal:			
Teléfono: Cód. Área ()			Fax: Cód. Área ()			Correo Electrónico:					
Dirección de Oficina:			Casa:			Edificio:			Apto./Oficina:		
Piso:			Avenida:			Calle / Transversal / Vereda:					
Urbanización:						Ciudad:			Parroquia:		
Municipio:				Estado:				Cód. Postal:			
Teléfono: Cód. Área ()			Fax: Cód. Área ()			Correo Electrónico:					
DATOS DEL PROPUESTO ASEGURADO											
1er. Apellido:		2do. Apellido:		1er. Nombre:		2do. Nombre:					
C.I./RIF/Pasaporte:		Nacionalidad: <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E		Tipo de persona: <input type="checkbox"/> Natural <input type="checkbox"/> Jurídica		Estado Civil: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D		Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
F/Nacimiento: ____/____/____ dd mm aaaa		Actividad Económica: <input type="checkbox"/> Industrial <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Gubernamental Indicar el Ramo en caso de que la Actividad Económica sea Comercial:						Ingreso Anual Bs.:			
Profesión:				Oficio u Ocupación: <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Ejercicio Independiente				Cargo:			
Dirección de Habitación:			Casa:			Edificio:			Apto.:		

Piso:		Avenida:		Calle / Transversal / Vereda:		
Urbanización:			Ciudad:		Parroquia:	
Municipio:			Estado:		Cód. Postal:	
Teléfono: Cód. Área ()		Fax: Cód. Área ()		Correo Electrónico:		
Dirección de Oficina:		Casa:		Edificio:		
Apto./Oficina:		Piso:		Avenida:		
Calle / Transversal / Vereda:		Urbanización:		Ciudad:		
Parroquia:		Municipio:		Estado:		
Cód. Postal:		Teléfono: Cód. Área ()		Fax: Cód. Área ()		
Correo Electrónico:		En caso de ser Persona Jurídica, Datos del Registro Mercantil:				
Razón Social:		Nombre Comercial:		Nº de Registro Mercantil:		
F/Registro: ____/____/____ dd mm aaaa		Actividad Económica: <input type="checkbox"/> Industrial <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Gubernamental Indicar el Ramo en caso de que la Actividad Económica sea Comercial:				
Productos o Servicios que ofrece:						
Datos del Representante:						
1er. Apellido:		2do. Apellido:		1er. Nombre:		
2do. Nombre:		C.I./R.I.F./Pasaporte:		Nacionalidad: <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E		
Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		F/Nacimiento: ____/____/____ dd mm aaaa		Estado Civil: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D		
Ingreso Anual Bs.:		Actividad Económica: <input type="checkbox"/> Industrial <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Gubernamental Indicar el Ramo en caso de que la Actividad Económica sea Comercial:				
Profesión:		Oficio u Ocupación <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Ejercicio Independiente			Cargo:	
Dirección de Habitación:		Casa:		Edificio:		
Apto.:		Piso:		Avenida:		
Calle / Transversal / Vereda:						

Urbanización:		Ciudad:	Parroquia:
Municipio:		Estado:	Cód. Postal:
Teléfono: Cód. Área ()	Fax: Cód. Área ()	Correo Electrónico:	
Dirección de Oficina:	Casa:	Edificio:	Apto./Oficina:
Piso:	Avenida:	Calle / Transversal / Vereda:	
Urbanización:		Ciudad:	Parroquia:
Municipio:		Estado:	Cód. Postal:
Teléfono: Cód. Área ()	Fax: Cód. Área ()	Correo Electrónico:	
DATOS DEL CONDUCTOR (Solo si es distinto al Propuesto Asegurado)			
Conductor Habitual del Vehículo:			
<input type="checkbox"/> Propietario <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Chofer <input type="checkbox"/> Otro (Especifique):			
C.I./R.I.F./Pasaporte:		Apellidos y Nombres:	
Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	F/Nacimiento: _/_/____ dd mm aaaa	Estado Civil: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D	Profesión:
		Ingreso Mensual:	
Dirección de Habitación:	Casa:	Edificio:	Apto.:
Piso:	Avenida:	Calle / Transversal / Vereda:	
Urbanización:		Ciudad:	Parroquia:
Municipio:		Estado:	Cód. Postal:
Teléfono: Cód. Área ()	Fax: Cód. Área ()	Correo Electrónico:	
Tiempo de su Residencia al Trabajo:		Grado de Licencia:	Experiencia:
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"/>			
DIRECCIÓN DE COBRO			
Casa:		Edificio:	Apto./Oficina:
Piso:	Avenida:	Calle / Transversal / Vereda:	
Urbanización:		Ciudad:	Parroquia:

Municipio:	Estado:	Cód. Postal:
Teléfono: Cód. Área ()	Fax: Cód. Área ()	Correo Electrónico:

BENEFICIARIO PREFERENCIAL

Apellidos y Nombres / Razón Social:	C.I. / R.I.F. / Pasaporte:
-------------------------------------	----------------------------

DATOS DEL VEHÍCULO A ASEGURAR

Serial Carrocería:	Placa:	Serial del Motor:	
Cilindros:	Año:	Marca:	Modelo:
Versión:	Color Principal:	Color Secundario:	
Tipo de Vehículo:	Transmisión: <input type="checkbox"/> Sin. <input type="checkbox"/> Aut.	Peso en (Kg.):	
Nro. Puestos:	Capacidad (TN):	Nº de Certificado de Origen:	
Cert. Registro del Vehículo:	Vehículo Nuevo: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Importado: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Kms. Recorridos:

Uso del Vehículo:

El Vehículo es de Carga: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	En caso afirmativo, especifique tipo de mercancía que transporta:
---	---

Lugar (Estado) de uso habitual del Vehículo:	Ciudad:
--	---------

Dispositivos de Seguridad:

<input type="checkbox"/> Alarma <input type="checkbox"/> Bóveda <input type="checkbox"/> Tranca Palanca <input type="checkbox"/> Tranca Pedales	<input type="checkbox"/> Otro (Especifique):
---	--

OTROS SEGUROS SOBRE EL VEHÍCULO A ASEGURAR

Pólizas Vigentes:		
NRO. PÓLIZA	NOMBRE DE LA EMPRESA	FECHA DE VENCIMIENTO _/_/____ dd/mm/aaaa

Siniestros:

FECHA DE OCURRENCIA	CAUSA DEL SINIESTRO	MONTO RECLAMADO

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Yo, PROPUESTO ASEGURADO,

* Declaro que he leído cuidadosamente y totalmente, una a una, todas las preguntas y respuestas consignadas en esta solicitud de seguro y que ellas son verdaderas, amplias, completas y exactas.

* Declaro que no he omitido ni disimulado, ningún hecho ni circunstancias que puedan modificar la opinión de la Empresa de Seguros sobre el riesgo a correr por el Seguro solicitado.

* Autorizo a las Empresas o Instituciones, para suministrar a la Empresa de Seguros, todos los datos que posean antes o después del siniestro. Asimismo autorizo a la Empresa de Seguros, a recabar cualquier información relacionada con los riesgos y a verificar los datos de esta solicitud de Seguro.

Declaro bajo fe de juramento, que el dinero utilizado para el pago de la prima de la póliza suscrita, proviene de una fuente lícita y no tiene relación alguna con dinero, capitales, bienes, haberes, valores o títulos productos de las actividades ilícitas o delitos graves a que se refiere la LEY ORGÁNICA CONTRA LA DELINCUENCIA ORGANIZADA Y FINANCIAMIENTO AL TERRORISMO, y la LEY ORGÁNICA DE DROGAS.

Póliza: _____ Recibo: _____

Nombre: _____ C.I.: _____

Fecha: ____ / ____ / ____.

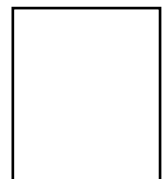
Firmas:

EL TOMADOR



Huella Dactilar
(Pulgar Derecho)
o en su defecto
Pulgar Izquierdo

PROPUESTO ASEGURADO



Huella Dactilar
(Pulgar Derecho)
o en su defecto
Pulgar Izquierdo

Yo, Intermediario del Seguro solicitado:

* Declaro que he leído todas las respuestas suministradas por el PROPUESTO ASEGURADO y que la información dada es íntegra, completa y precisa.

Intermediario (s):

Apellido(s) y Nombre(s):	Código N°:	(%) Porc. de Participación:	Firma:

Para la suscripción de la Póliza se debe anexar a esta Solicitud de Seguro: Fotocopia de los documentos de identificación del TOMADOR, PROPUESTO ASEGURADO y Representante del TOMADOR (C.I.;R.I.F;Pasaporte) y Fotocopia de los documentos de Registro Mercantil.

Aprobado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora según oficio N° 00013796 de fecha 19/09/2013