

# PLANILLA DE SOLICITUD

DE PÓLIZA DE SEGURO PARA VEHÍCULOS AUTOMÓVIL

## DATOS DEL TOMADOR / SOLICITANTE

N° de Inspección:		Fecha de Inspección: / /		Vigencia: / /	
Tipo Emisión: Individual <input type="checkbox"/> Flota <input type="checkbox"/>		En caso de ser Flota, indique el N° de Póliza:			
Nombre(s) (Si es Persona Natural) o Razón Social (Si es Persona Jurídica):		Apellido (s):		N° C.I., Pasaporte o R.I.F (Si es Persona Jurídica):	
Fecha y Lugar de Nacimiento			Sexo :		Estado Civil:
Actividad Económica: Industrial <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/>		Ocupación:		Independiente <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/>	
Por favor especifique el tipo de actividad económica antes seleccionado:					
Profesión u Oficio:					
Ingreso Anual:		Hasta 25.200 Bs <input type="checkbox"/>		Entre 55.000 Bs a 110.000 Bs <input type="checkbox"/>	
		Entre 25.200 Bs a 55.000 Bs. <input type="checkbox"/>		Entre 110.000 Bs a 155.000 Bs. <input type="checkbox"/>	
Dirección de Habitación:		Calle / Avenida:		Casa / Edificio:	
Piso:		N° Apartamento:		Urbanización/Sector:	
Ciudad:		Estado:		Código Postal:	
Teléfono:		Celular:		Correo Electrónico:	
Dirección de Oficina:		Calle / Avenida:		Casa / Edificio:	
Piso:		N° Apartamento:		Urbanización/Sector:	
Ciudad:		Estado:		Código Postal:	
Teléfono:		Celular:		Correo Electrónico:	

## DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

Nombre(s) :		Apellido (s):		C.I., Pasaporte o R.I.F N°:	
-------------	--	---------------	--	-----------------------------	--

## DATOS DEL ASEGURADO (SI EL ASEGURADO ES EL MISMO QUE EL TOMADOR, NO SERÁ NECESARIO LLENAR LOS SIGUIENTES DATOS, POR FAVOR CONTINUAR CON LOS DATOS DEL VEHÍCULO.

Nombre(s) (Si es Persona Natural) o Razón Social (Si es Persona Jurídica):		Apellido (s):		C.I., Pasaporte o R.I.F N°:	
Fecha y Lugar de Nacimiento			Sexo :		Estado Civil:
Actividad Económica: Industrial <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/>		Ocupación:		Independiente <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/>	
Por favor especifique el tipo de actividad económica antes seleccionado:					
Profesión u Oficio:					
Ingreso Anual:		Hasta 25.200 Bs <input type="checkbox"/>		Entre 55.000 Bs a 110.000 Bs <input type="checkbox"/>	
		Entre 25.200 Bs a 55.000 Bs. <input type="checkbox"/>		Entre 110.000 Bs a 155.000 Bs. <input type="checkbox"/>	
Dirección de Habitación:		Calle / Avenida:		Casa / Edificio:	
Piso:		N° Apartamento:		Urbanización/Sector:	
Ciudad:		Estado:		Código Postal:	
Teléfono:		Celular:		Correo Electrónico:	
Dirección de Oficina:		Calle / Avenida:		Casa / Edificio:	
Piso:		N° Apartamento:		Urbanización/Sector:	
Ciudad:		Estado:		Código Postal:	
Teléfono:		Celular:		Correo Electrónico:	

**DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL**

Nombre(s) :	Apellido (s):	C.I., Pasaporte o R.I.F N°:
-------------	---------------	-----------------------------

**DATOS DE LOS BIENES A ASEGURAR****DATOS DEL VEHÍCULO**

Vehículo: Nuevo <input type="checkbox"/> Usado <input type="checkbox"/>	Fecha de Adquisición: / /	País de Origen:
N° de certificado de Origen / Título de Propiedad:		Aseguradora Anterior:
Posee usted la cobertura de RCV: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
En caso afirmativo, especifique el nombre de la Aseguradora:		
Año:	Marca:	Modelo:
Versión:		Placa:
Serial Carrocería:	Serial Motor:	Color:
Clase:		
Tipo:	Peso:	N° Puestos:
Transmisión:	Automática <input type="checkbox"/>	Sincrónica <input type="checkbox"/>
Kilómetros Recorridos:	Capacidad de Carga (Sólo Vehículos de Carga):	
Uso:	Valor de Mercado del Vehículo:	
Sistemas de seguridad: Alarma <input type="checkbox"/> Tranca Palanca <input type="checkbox"/> Corta Corriente <input type="checkbox"/> Blindaje <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Indique:		
Indique los Accesorios o equipamentos extras que posee el vehículo:		

**COBERTURAS BÁSICAS (seleccione con una equis "X" el Plan y las Coberturas que desee contratar)**

RCV <input type="checkbox"/>	Suma Asegurada (Bs.) (Según límite que rige la gaceta de RCV):		Suma Asegurada (Bs.) (Según límite que rige la gaceta de RCV):
Responsabilidad Civil de Vehículo por Daños a Cosas		Responsabilidad Civil de Vehículo por Daños a Personas	
<b>PLAN MÓVIL BÁSICO <input type="checkbox"/></b>	<b>Suma Asegurada (Bs.)</b>	<b>PLAN MÓVIL PLUS <input type="checkbox"/></b>	<b>Suma Asegurada (Bs.)</b>
Exceso de Límite de RCV		Casco <input type="checkbox"/> Cobertura Amp. <input type="checkbox"/> Pérdida Total <input type="checkbox"/>	
Asistencia Legal y Defensa Penal por accidentes de vehículo		Exceso de Límite de RCV	
Muerte e Incapacidad Total y Permanente		Defensa Penal y Asistencia Legal	
		Muerte e Incapacidad Total y Permanente	
Gastos Médicos y de Farmacia		Gastos Médicos y de Farmacia	
Móvil Asistencia		Móvil Asistencia	
(APIS PLUS)		(APIS PLUS)	

**PLAN CARPROTECT** 

Exceso de Límite de RCV	<b>Suma Asegurada (Bs.)</b>
Defensa Penal y Asistencia Legal	
Muerte e Incapacidad Total y Permanente	
Gastos Médicos y de Farmacia	

**COBERTURAS OPCIONALES**Móvil Asistencia plus (Se puede contratar con cualquier plan) **Coberturas Opcionales (Sólo si contrata el Plan Móvil plus):**

Riesgo Catastrófico	<input type="checkbox"/>
Indemnización Diaria por Robo	<input type="checkbox"/>

**Aparatos y Accesorios No Originales (Sólo si contrata Cobertura Amplia). Especifique el costo:** 

Radio <input type="checkbox"/>	Tasas: <input type="checkbox"/>
Radio Reproductor <input type="checkbox"/>	Rines: <input type="checkbox"/>
Compact Disc <input type="checkbox"/>	Otros: <input type="checkbox"/>
Aire Acondicionado <input type="checkbox"/>	

Los accesorios originales están amparados por la presente póliza, previa declaración en la inspección del Vehículo.

Los accesorios no originales están amparados previa presentación de la factura y declaración en la inspección del Vehículo.

**Coberturas Opcionales (Sólo si contrata el Plan CarProtect):**

Averías Mecánicas, Eléctricas y de Neumáticos <input type="checkbox"/>	Pérdidas por Robo <input type="checkbox"/>
Pérdidas Parciales con Actuaciones de Tránsito <input type="checkbox"/>	Rotura de Cristales del Vehículo <input type="checkbox"/>
Pérdidas Totales por Choque <input type="checkbox"/>	

**DATOS DEL CONDUCTOR HABITUAL (Si la persona es Natural o Jurídica, por favor llenar la siguiente información)**

Nombre(s) y Apellido(s):	C.I. o Pasaporte N°:
--------------------------	----------------------

Fecha de Nacimiento:	Edad:	Sexo:	Estado Civil:
Dirección de Habitación:	Calle / Avenida:	Casa / Edificio:	
Piso:	N° Apartamento:	Urbanización/Sector:	
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	
Teléfono:	Celular:	Correo Electrónico:	

Grado Licencia: 2da <input type="checkbox"/> 3ra <input type="checkbox"/> 4ta <input type="checkbox"/> 5ta <input type="checkbox"/>	Fecha de Vencimiento:
Frecuencia de pago	Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/>
Forma de Pago	Cheque <input type="checkbox"/> Depósito <input type="checkbox"/> Domiciliación Bancaria <input type="checkbox"/> Financiamiento <input type="checkbox"/> Tarjeta de Credito <input type="checkbox"/> Transferencias Bancarias <input type="checkbox"/>

EXPERIENCIA CON OTRAS PÓLIZAS			
VIGENTES			
Compañía	Suma Asegurada	Periodo de Vigencia	N° de Póliza
		/ /	
		/ /	
		/ /	

DATOS DEL BENEFICIARIO PREFERENCIAL (Especifique si es persona Natural o Jurídica)			Natural <input type="checkbox"/>	Jurídica <input type="checkbox"/>
Apellido(s) y Nombre(s) del BENEFICIARIO	Cedula de identidad o RIF	Bien(es) Asegurado(s)		

**DECLARACIÓN JURADA**

Declaro bajo fe de juramento que el dinero utilizado para el pago de prima, proviene de una fuente lícita y por lo tanto, no tiene relación alguna con el dinero, capitales, bienes, haberes, valores o títulos producto de las actividades o acciones derivadas de operaciones ilícitas previstas en las Normas Sobre Prevención, Control y Fiscalización de los Delitos de legitimación de Capitales y el Financiamiento al Terrorismo, en la Actividad Aseguradora

Ante cualquier falta de veracidad en las declaraciones anteriores, se aplicará lo dispuesto en la cláusula o numeral denominado "Declaraciones Falsas en la Solicitud" de las Condiciones Generales de la Póliza. En todo caso, el Propuesto Asegurado y/o Tomador deberá abstenerse de firmar esta solicitud en el caso de no cumplirse cualquiera de las declaraciones indicadas anteriormente.

RECAUDOS NECESARIOS PARA ASEGURAR EL VEHÍCULO	
El Asegurado debe consignar:	Para Vehículos Usados:
1. Si es Personal Natural: Copia de la C.I. o Pasaporte.	1. Copia de Certificado de Registro de Vehículo o Documento de Compra-Venta Autenticado.
2. Si es Persona Jurídica: Copia del R.I.F.	2. Copia de la Constancia de Revisión del INTTT.
3. Sólo en caso de Flota: Copia del Carnet de la Empresa	Para Vehículos Importados:
Para Vehículos Nuevos:	1. Copia del Certificado de Origen del Vehículo.
1. Copia del Certificado de Origen del Vehículo.	2. Copia de la Factura de Compra del Vehículo
	3. Copia del Conocimiento de Embarque
2. Copia de la Factura de Compra del Vehículo.	4. Copia del Manifiesto de Importación.
	5. Copia de la Planilla de Derechos Arancelarios.

Firmo en total conformidad con todo lo anteriormente expuesto

Se firma en: \_\_\_\_\_ Fecha: / /

\_\_\_\_\_  
Tomador

\_\_\_\_\_  
Propuesto Asegurado

\_\_\_\_\_  
Intermediario designado  
Por el Tomador



Huella dactilar del pulgar de la mano derecha,  
o en su defecto mano izquierda  
del Tomador y Propuesto Asegurado