

Póliza: ☐ Individual ☐ Colectiva Cotización Nro.: _____

Inspección Nro.: _____

Datos de Identificación del Solicitante / Tomador

Persona Natural

Nro. C.I./ Pasaporte:	Nacionalidad: ☐ Venezolana ☐ Extranjera	R.I.F. Nro.:
País de origen:	Residente: ☐ Sí ☐ No	
1er. Apellido:	2do. Apellido:	Apellido de Casada:
1er. Nombre:	2do. Nombre:	
Sexo: ☐ F ☐ M	Estado Civil: ☐ Casado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Soltero(a) ☐ Otro	Lugar de Nacimiento:
Fecha de Nacimiento:	Actividad Económica: ☐ Comercial ☐ Profesional	Ramo:
Descripción de la actividad: ☐ Independiente ☐ Dependiente ☐ Societario		
Profesión y Oficio:	Ocupación:	El Tomador es el Solicitante: ☐ Sí ☐ No

Dirección de Habitación:

País:	Estado:	Ciudad:	Urbanización:
Av./ Calle /Transv.:	CC./ Edif./ Torre /Casa / Quinta /Local:	Piso Nro. /Nivel:	Of./Apto.
Telf. (Cód.) Nro.:	Telf. Cel. (Cód.) Nro.:	Otro Telf. (Cód.) Nro.:	Fax: (Cód.) Nro.:
Correo electrónico:			

Datos de Identificación del Tomador (en caso de que sea distinto al Solicitante Titular)

Tipo de Persona: ☐ Jurídica ☐ Gubernamental ☐ Natural	C.I. / R.I.F. Nro.:	NIT Nro.:
Denominación de la Razón Social / Nombres y Apellidos:	Siglas / Nombre Comercial:	
Nombre del Registro Mercantil:	Circunscripción Judicial:	Tomo: Número Fecha:
Representante Legal de la Empresa Nombres y Apellidos:	C.I. / Pasaporte:	Cargo:
Actividad Económica: ☐ Profesional ☐ Industrial ☐ Comercial ☐ Gubernamental	Ramo:	
Descripción de la Actividad:	Profesión y Oficio:	
Dirección:	Teléfonos:	
Dirección de Habitación		
Telf. (Cód.) Nro.:	Telf. Cel. (Cód.) Nro.:	Otro Telf. (Cód.) Nro.:
Correo Electrónico 1:	Correo Electrónico 2:	
Dirección y Teléfonos de la Empresa donde Trabaja:		

Ingreso y Patrimonio: Persona Natural y Persona Jurídica

Ingreso Anual (en Bs.)	☐ Menor o igual a doce (12) Salarios Mínimos	☐ Mayor a doce (12) Salarios Mínimos
Patrimonio (en Bs.)	☐ Menor o igual a veinticuatro (24) Salarios Mínimos	☐ Mayor a veinticuatro (24) Salarios Mínimos

Persona Expuesta Políticamente

La persona expuesta políticamente es una persona natural que es o fue figura política de alto nivel, de confianza o afines, o sus familiares más cercanos o su círculo de colaboradores inmediatos, por ocupar cargos como funcionario o funcionaria importante de un órgano ejecutivo, legislativo, judicial o militar de un gobierno nacional o extranjero, elegido o no, un miembro de alto nivel de un partido político nacional o extranjero o un ejecutivo de alto nivel de una corporación, que sea propiedad de un gobierno extranjero. En el concepto de familiares cercanos se incluyen a los familiares hasta el cuarto grado de consanguinidad y tercero de afinidad. También se incluyen en esta categoría a cualquier persona jurídica que como corporación, negocio u otra entidad haya sido creada por dicho funcionario(a) en su beneficio. Esta categoría se mantendrá mientras la persona persista en el cargo y durante cinco (05) años posteriores a partir de la fecha de entrega o cese del cargo.

¿Desempeña o ha desempeñado cargo público relevante en la República Bolivariana de Venezuela o en otro país?: ☐ Sí ☐ No	Cargo actual o anterior:
¿Desempeña o ha desempeñado funciones de alto nivel en una organización internacional?: ☐ Sí ☐ No	Cargo actual o anterior:
¿Usted es usted o ha sido miembro de la directiva de algún partido político en la República Bolivariana de Venezuela o el cargo equivalente para los partidos políticos en el de otro país?: ☐ Sí ☐ No	Cargo actual o anterior:
¿Es usted y/o algún familiar una Persona Expuesta Políticamente?: ☐ Sí ☐ No	Cargo actual o anterior:
Nombre del Partido / Corporación:	Vínculo / Nombre del PEP Nacional o Extranjero:

Datos de la Póliza

Tipo de Póliza: ☐ Individual ☐ Colectiva	No. de Inspección:
---	--------------------

Datos del Vehículo

No. de Placa:	Marca:	Modelo:	Año:
Serial de Carrocería:	Serial del Motor:	No. Certificado de Origen:	Certif. Registro de Vehículo (Título):
Tipo:	No. Puestos:	Peso (Kg.) / o Capacidad (TM):	¿Vehículo Nuevo?: ☐ Sí ☐ No
Importado: ☐ Sí ☐ No	Blindado: ☐ Sí ☐ No	Color Principal:	Km. Recorridos:
		Color Secundario:	¿Cuántas llaves posee el Vehículo?:

Información Sobre el Uso del Vehículo

El vehículo es de Carga: ☐ Sí ☐ No	En caso afirmativo especifique mercancía(s) que transporta:
Estado (lugar) uso habitual del vehículo:	
Conductor Habitual del Vehículo: ☐ Propietario ☐ Cónyuge ☐ Hijo ☐ Chofer ☐ Otro (especifique):	
Tiempo aproximado de su residencia a su lugar de trabajo (estimado en horas):	
El Estacionamiento del vehículo es:	Diurno en: ☐ Privado ☐ Público ☐ En la vía pública
	Nocturno en: ☐ Privado ☐ Público ☐ En la vía pública

Dispositivos de Seguridad

☐ Alarma ☐ Bóveda ☐ Tranca Palanca ☐ Tranca Pedales ☐ Otros (especifique):

Otros Seguros Sobre el Vehículo y Experiencia con Otras Pólizas

Compañía de Seguros:	No. de Póliza:	Cantidad de Siniestros Reportados:
¿Alguna vez le han anulado una póliza de seguro de vehículo? ☐ Sí ☐ No	Especifique:	
¿Le han impuesto condiciones especiales para ser asegurado? ☐ Sí ☐ No	Especifique:	

Coberturas Solicitadas

Responsabilidad Civil de Vehículos - Coberturas Básicas

Cobertura	Suma Asegurada	Cobertura	Suma Asegurada
☒ Daños a cosas		☒ Daños a personas	

Coberturas Opcionales - Responsabilidad Civil de Vehículos (Su contratación no es obligatoria)

Cobertura	Suma Asegurada	Cobertura	Suma Asegurada
☐ Exceso de Límite		☐ Indemnización Única por Daños Mayores (*)	
☐ Asistencia Legal y Defensa Penal		☐ Indemnización Única por Daños Menores (*)	
☐ Asistencia Vial		☐	

(*) Este anexo no se emitirá si se selecciona cobertura amplia con deducible o sin deducible o cobertura de Pérdida Total

Accidentes Personales Ocupantes de Vehículos - Coberturas Opcionales (Su contratación no es obligatoria)			
Cobertura	Suma Asegurada	Cobertura	Suma Asegurada
☐ Muerte Accidental		☐ Gastos Médicos	
☐ Invalidez Permanente		☐	

Seguro de Casco de Vehículos Terrestres - Coberturas Básicas			
Cobertura	Suma Asegurada	Cobertura	Suma Asegurada
☐ Amplia sin Deducible		☐ Amplia con Deducible de:	
☐ Pérdida Total		☐ Blindaje	

Seguro de Casco de Vehículos Terrestres - Coberturas Opcionales (Su contratación no es obligatoria)			
Cobertura	Suma Asegurada	Cobertura	Suma Asegurada
☐ Indemnización Diaria por Sustracción Ilegítima		☐ Motín, Disturbios y Daños Maliciosos	
☐ Eventos Catastróficos			

Sustracción Ilegítima de Accesorios - Coberturas Opcionales para Accesorios No Originales (Su contratación no es obligatoria)			
Cobertura Deseada de Accesorios:			
☐ Por sustracción Ilegítima del accesorio			
☐ Por pérdida total del vehículo			
☐ Ambos			

Descripción del Accesorio	Suma Asegurada	Descripción del Accesorio	Suma Asegurada
☐ Radio Reproductor		☐ Rines Especiales	
☐ Radio CD		☐ Tazas Especiales	
☐ Rockola		☐ Equipo de Refrigeración	
☐		☐	

Solicitud de Anexos (Su contratación no es obligatoria, depende de la voluntad del Tomador) Marque con una (X) las coberturas opcionales que desea contratar	
Anexo de Cobertura de Pérdida Total más un Evento de Pérdida Parcial en el año Póliza ☐	
Anexo de Pago Único pro Sustracción Ilegítima ☐	

Suma Asegurada	
Moneda Extranjera _____	Bs. _____

Beneficiario Preferencial	
No. C.I. / R.I.F. Nro.:	Apellidos Nombres / Denominación Razón Social:

Declaración del Solicitante / Tomador			
Yo, _____, antes identificado, en mi condición de contratante y pagador de la prima de la Póliza solicitada por el presente, doy fe de 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, bienes, valores, títulos, haberes o capitales, producto de las actividades a que se refiere la Ley Orgánica Contra la Delincuencia Organizada y Financiamiento al Terrorismo.			
Declaro(amos) (en nombre de mi representado) bajo juramento que la información suministrada es exacta, sin omisión de ningún detalle, hecho o circunstancia con el propósito de disminuir o aminorar la gravedad del riesgo o con la intención de cambiar su objeto. Asimismo, estoy en conocimiento que la información suministrada en la presente Solicitud constituye la base para el análisis del riesgo y para la emisión de la póliza solicitada al Asegurador, por lo que cualquier omisión o tergiversación en dicha información será razón para la terminación del contrato de conformidad con lo establecido en las Condiciones de la Póliza y en la normativa vigente.			
Autorizo(amos) la verificación de la información aquí suministrada, así como a suministrar información a terceros para fines de evaluación de riesgo. Queda entendido que la presente Solicitud no otorga cobertura provisional, ni implica compromiso de aceptar la cotización del Asegurador.			
Lugar y Fecha Declaración: _____			
Apellidos y Nombres Tomador:	C.I. / R.I.F. Nro.:	Firma del Tomador:	Huella Dactilar del Tomador:
Apellidos y Nombres Solicitante:	C.I. / R.I.F. Nro.:	Firma del Solicitante:	Huella Dactilar del Solicitante:

Intermediario			
Apellidos y Nombres:	Código:	% Participación:	Firma:

"Aprobado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante Providencia N° FSAA-1-1-435 de fecha 08/10/2021"