

# Solicitud de Seguro de Vehículos Terrestres

<b>I. Datos del Tomador del Seguro</b>			
Apellido(s) y Nombre(s) / Razón Social:			
C.I. / Pasaporte / R.I.F.:		Nacionalidad:	Estado Civil:
Lugar y Fecha de Nacimiento:		Edad:	Sexo:
Dirección Habitación:			
Municipio:	Parroquia:		Ciudad:
Estado:	Teléfonos:	E-mail:	
Dirección de Cobro:			
Municipio:	Parroquia:		Ciudad:
Estado:	Teléfonos:	E-mail:	
Profesión/Oficio / Ocupación / Actividad Económica:		Ingreso Anual (moneda_____):	
Tipo de Actividad: Socio <input type="checkbox"/> Trabajador Independiente <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Especifique:			
Cargo que desempeña/Descripción de la Actividad:			
Dirección de la Empresa donde Trabaja:			
Teléfono:		Nombre de la Empresa:	
Carácter bajo el cual contrata la Póliza:			
<b>II. Datos del Representante del Tomador</b>			
Apellido(s) y Nombre(s) / Razón Social:		C.I. / Pasaporte / R.I.F. V__ E __ J __ N°:	
Dirección:			
Municipio:	Parroquia:		Ciudad:
Estado:	Teléfonos:	E-mail:	
Profesión/Oficio/Ocupación/Actividad Económica:			Teléfono:
Dirección de la Empresa donde Trabaja:			
<b>III. Datos del Propuesto Asegurado (Llenar solo si es diferente al Tomador)</b>			
Apellido(s) y Nombre(s) / Razón Social:			
C.I. / Pasaporte / R.I.F.:		Nacionalidad:	Estado Civil:
Lugar y Fecha de Nacimiento:		Edad:	Sexo:
Empresa donde Trabaja:		Fecha de Ingreso:	
Profesión/Oficio/Ocupación/Actividad Económica:		Ingreso Anual (moneda_____):	
Dirección de la Empresa donde Trabaja:			
Teléfono:			
Dirección de Cobro:	Municipio:	Parroquia:	
Ciudad:	Estado:	Teléfonos:	E-mail:
Dirección de Habitación:			
Municipio:	Parroquia:		Ciudad:
Estado:	Teléfonos:	E-mail:	
Carácter bajo el cual contrata la Póliza:			
<b>IV. Datos del Tomador/Propuesto Asegurado si es Persona Jurídica</b>			
N° de Registro de la Compañía:		Fecha de Constitución:	N° Tomo:
Naturaleza de la Empresa: Privada <input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/>		Objeto o Razón Social::	
Actividad Económica: <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Societaria <input type="checkbox"/> Industrial Especifique:			
Productos que ofrece:			
Acta constitutiva y estatutos sociales:		Ingreso Promedio Anual (moneda_____):	
Dirección de la Compañía:			
Municipio:	Parroquia:		Ciudad:
Estado:	Teléfonos:	E-mail:	
Utilidad del Ejercicio Económico Inmediatamente Anterior:		Patrimonio Último Estado de Resultados:	

Datos del Seguro			
Tipo de Póliza: Individual <input type="checkbox"/> Flota/Colectivo <input type="checkbox"/>		Fecha de Solicitud:	
Forma de pago: Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/>		Fecha de Vigencia: Desde: / / Hasta: / /	
Otra:		Sucursal:	
Datos del Vehículo			
N° de Placa:	Marca	Modelo:	Año:
Clase:	N° de puestos:	Peso Kg o Capacidad TM:	Vehículo nuevo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Serial de Carrocería:	Serial de Motor:	N° de Certificado de Origen:	Cert. Registro del Vehículo(Título):
Color:	Transmisión:	Automático <input type="checkbox"/> Sincrónico <input type="checkbox"/>	Importado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Uso del Vehículo			
¿El vehículo es de Carga?: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
En caso afirmativo especifique mercancía(s) que transporta:			
¿Transporta material inflamable o explosivos? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Estado (lugar) de uso habitual del vehículo:			
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"/>			
Tiempo aproximado de su residencia a su lugar de trabajo (horas):			
Dispositivos de Seguridad			
Tranca palanca <input type="checkbox"/> Tranca pedales <input type="checkbox"/> Bóveda <input type="checkbox"/>			
Otro:			
Coberturas Solicitadas			
Casco de Vehículos Terrestres			
Cobertura Básica	Suma Asegurada(moneda_____)		Deducible (%)
Pérdida Total	<input type="checkbox"/>		
Pérdida Parcial	<input type="checkbox"/>		
Coberturas Opcionales (El Tomador no está obligado a contratar las coberturas opcionales)			
Motín, Disturbios Populares, Disturbios Laborales y Daños Maliciosos <input type="checkbox"/>			
Accesorios (No Originales)			
Descripción del Accesorio	Suma Asegurada(moneda_____)	Descripción del Accesorio	Suma Asegurada (moneda_____)
Aire Acondicionado			
Radio			
Radio Cd / Mp3			
Radio Reproductor			
Radio Reproductor Cd / Mp3			
Riesgos Especiales		Riesgos Catastróficos	<input type="checkbox"/>
Riesgos Especiales (por Robo o Hurto) <input type="checkbox"/>			
Responsabilidad Civil / Accidentes Personales			
Cobertura Básica	Suma Asegurada (moneda_____)		
Coberturas Opcionales (El Tomador no está obligado a contratar las coberturas opcionales) <input type="checkbox"/>			
Exceso de Límite			
Asistencia Legal v Defensa Penal <input type="checkbox"/>			
Muerte Accidental <input type="checkbox"/>			
Accidentes Personales para Ocupantes			
Invalidez Total o Parcial Permanente <input type="checkbox"/>			
Gastos Funerarios (en caso de accidente de tránsito) <input type="checkbox"/>			
Gastos Médicos y de Farmacia <input type="checkbox"/>			

--	--	--

**Datos Complementarios**

Existen otros Seguros vigentes sobre el Vehículo? Si  No  Empresa o Cooperativa de Seguros:

Fecha de vencimiento de la cobertura: \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_

Ha sido rechazada alguna solicitud de emisión de Póliza, renovación o modificación sobre el Vehículo a asegurar en otra Empresa o Cooperativa de Seguros?

Si  No  Especifique: \_\_\_\_\_

Ha sufrido algún siniestro con anterioridad transitando con el Vehículo? Si  No  En que Fecha: \_\_\_\_\_ Monto: \_\_\_\_\_  
Causa: \_\_\_\_\_

**Intermediario(s) del Seguro**

Apellidos y Nombres	Código	% Participación	Firma

**Forma de Pago de la Prima**

Forma de pago: Por cheque  Por transferencia  Por domiciliación de cobro

Tipo de instrumento: Cuenta Corriente  Cuenta de Ahorro  Tarjeta de Crédito  Moneda: \_\_\_\_\_

Número de cuenta o tarjeta para la domiciliación:

Banco emisor de la cuenta o tarjeta indicada para la domiciliación: \_\_\_\_\_ Fecha de vencimiento de la Tarjeta: \_\_\_\_\_

**Declaración de Fe**

Yo, el Propuesto Asegurado, en mi carácter de solicitante de la Póliza o en representación de éste, declaro que la información aquí suministrada es exacta, sin omisión alguna de detalle, hecho o circunstancia, con el propósito de aminorar el riesgo, en el entendido que ésta servirá de base a Uniseguros, S.A. para la emisión de la Póliza y el cobro de la prima.

\_\_\_\_\_  
Firma del Propuesto Asegurado



Huella Dactilar del pulgar de la mano derecha o en su defecto, de la mano izquierda

Lugar: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Yo, el Tomador, 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 el dinero, capitales, bienes, haberes, valores o títulos producto de las actividades o acciones derivadas de operaciones ilícitas previstas en las Normas sobre Administración de Riesgos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo y Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva en la Actividad Aseguradora.

\_\_\_\_\_  
Firma del Tomador



Huella Dactilar del pulgar de la mano derecha o en su defecto, de la mano izquierda

Lugar: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_