

SOLICITUD DE SEGURO DE CASCO DE VEHÍCULOS TERRESTRES

PÓLIZA EXCELENCIA DEL SEGURO DE AUTOMÓVIL

Tipo de Póliza: ☐ Individual ☐ Flota

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL TOMADOR

PERSONA NATURAL

C. I. / Pasaporte	Rif	Nacionalidad	Sexo ☐ F ☐ M
Apellidos		Nombres	
Lugar y Fecha de Nacimiento	Estado Civil: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐ Otro	Profesión u Oficio	
Actividad Económica ☐ Empleado ☐ Independiente ☐ Socio ☐ Comerciante	Especifique	Ingreso Anual Bs.	

PERSONA JURÍDICA

Tipo de Persona ☐ Pública ☐ Privada	Rif	Razón Social	Nombre Comercial
Fecha Constitución	Nombre del Registro Mercantil	Nº Registro	Nº Tomo
Actividad Económica ☐ Profesional ☐ Comercial ☐ Industrial			
Productos o Servicios que Ofrece:	Ingreso Promedio Anual Bs.	Representante Legal: Nombres Apellidos	C.I.

DIRECCIÓN DE HABITACIÓN (PERSONA NATURAL) / DIRECCIÓN DE EMPRESA (PERSONA JURÍDICA)

País	Estado	Ciudad	Municipio	Parroquia
Urbanización	Av./Calle/Transversal	C. Comercial/Edificio/Local/Casa	Piso	Of./Apto.
Teléfono 1 (Cód. y Nº)	Teléfono 2 (Cód. y Nº)	Teléfono Celular	Zona Postal	E-mail

DIRECCIÓN Y TELÉFONO DE TRABAJO (PERSONA NATURAL)

DIRECCIÓN DE COBRO

SI ES IGUAL A LA DIRECCIÓN DE HABITACIÓN O EMPRESA INDICAR: ☐

País	Estado	Ciudad	Municipio	Parroquia
Urbanización	Av./Calle/Transversal	Centro Comercial/Edificio/Local/Casa	Piso	Of./Apto.
Teléfono 1 (Cód. y Nº)	Teléfono 2 (Cód. y Nº)	Teléfono 3 (Cód. y Nº)	Teléfono Celular	

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO TITULAR

PERSONA NATURAL

SI EL ASEGURADO ES LA MISMA PERSONA QUE EL TOMADOR INDICAR: ☐

C. I. / Pasaporte	Rif	Nacionalidad	Sexo ☐ F ☐ M	Apellidos
Nombres	Estado Civil ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐ Otro	Lugar y Fecha de Nacimiento		
Profesión u Oficio	Actividad Económica ☐ Empleado ☐ Independiente ☐ Socio ☐ Comerciante	Especifique	Ingreso Anual Bs.	

DECLARACIÓN DE PERSONAS EXPUESTAS POLÍTICAMENTE (PEP) Y CRIPTOACTIVOS : RESPONDA SI O NO

¿Es Usted en la actualidad o ha sido en los 5 años previos a la fecha de esta solicitud, funcionario(a) en un órgano del Poder Ejecutivo, Legislativo, Judicial, o Militar, Nacional o Extranjero, o miembro de alto nivel de un partido político nacional o extranjero, o ejecutivo de alto nivel de una corporación propiedad de Gobierno Nacional o Extranjero? ☐ Sí ☐ No

¿Se dedica habitualmente a la comercialización directa o indirecta de criptomonedas? ☐ Sí ☐ No

PERSONA JURÍDICA

SI EL ASEGURADO ES LA MISMA PERSONA QUE EL TOMADOR INDICAR: ☐

Tipo de Persona ☐ Pública ☐ Privada	Rif	Razón Social	Nombre Comercial
Fecha Constitución	Nombre del Registro Mercantil	Nº Registro	Nº Tomo
Actividad Económica ☐ Profesional ☐ Comercial ☐ Industrial			
Productos o Servicios que Ofrece:	Ingreso Promedio Anual Bs.	Representante Legal: Nombres Apellidos	C.I.

DIRECCIÓN DE HABITACIÓN (NATURAL) Ó DIRECCIÓN DE EMPRESA (JURÍDICA)					SI ES IGUAL A LA DIRECCIÓN DEL TOMADOR INDICAR: ☐	
País	Estado	Ciudad	Municipio	Parroquia		
Urbanización	Av./Calle/Transversal	C. Comercial/Edificio/Local/Casa	Piso	Of./Apto.	Teléfono 1 (Cód. y N°)	
Teléfono 2(Cód. y N°)	Teléfono 3 (Cód. y N°)	Teléfono Celular	Zona Postal	E-mail		

DIRECCIÓN Y TELÉFONO DE TRABAJO (PERSONA NATURAL)	SI ES IGUAL A LA DIRECCIÓN DEL TOMADOR INDICAR: ☐
--	--

BENEFICIARIO PREFERENCIAL	
C. I. / Rif	Apellidos y Nombres / Razón Social

CONDUCTOR HABITUAL DEL VEHÍCULO	SI ES IGUAL AL TOMADOR INDICAR: ☐	SI ES IGUAL AL ASEGURADO INDICAR: ☐
El vehículo es conducido normalmente por :		C. I. / Pasaporte
☐ Propietario ☐ Hijos ☐ Cónyuge ☐ Chofer ☐ Otros. Especifique:		
Apellidos	Nombres	Fecha de Nacimiento
Estado Civil	Sexo	Profesión u Oficio
☐ Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐ Otro	☐ F ☐ M	Grado de Licencia
Actividad Económica	Especifique	Teléfonos
☐ Empleado ☐ Independiente ☐ Socio ☐ Comerciante		

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL VEHÍCULO					
CARACTERÍSTICAS					
Placas	Marca	Modelo	Versión	Año	Kilometraje
Cilindros	Transmisión	Nº Puestos	Peso (Kgs.) o Capacidad (TM)	Color	
	☐ Automática ☐ Sincrónica ☐ Secuencial				
Serial de Motor	Serial de Carrocería	Importado	Nuevo de Agencia		
		☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No		
Clase	Tipo	Uso	Certificado de Origen Nº		
Certificado de Registro de Vehículo (Título)	Dispositivos de Seguridad				
	☐ Alarma ☐ Tranca Palanca ☐ Tranca Pedales ☐ Otros (Especifique):				
Posee Aditamento:	Posee Blindaje:				
Si ☐ No ☐ En caso de ser afirmativo indicar cual:	Si ☐ No ☐ En caso de ser afirmativo indicar el Nivel:				

USO DEL VEHÍCULO		
Lugar de uso habitual del vehículo	Tiempo aprox. de su domicilio al trabajo	Ruta
		☐ Urbana ☐ Extraurbana
Vehículos de Alquiler	Vehículos Rústicos	Motocicletas
☐ Con Chofer ☐ Sin Chofer	☐ Doble Tracción (4x4) ☐ Sport Wagon (4x2)	☐ Paseo ☐ Deporte ☐ Trabajo
Vehículos de Carga	Tipo de mercancía que transporta:	¿La mercancía es inflamable o explosiva? ☐ Si ☐ No
Vehículos Colectivos	☐ Privado ☐ Público ☐ Turismo ☐ Escolar ☐ Transporte Personal	
El vehículo pertenece o es utilizado por:		
☐ Bomberos ☐ Empresa de Vigilancia ☐ Policía ☐ Servicio de Ambulancia ☐ Transporte de Dinero ☐ Transporte de Valores		
Estacionamiento del vehículo		
Diurno: ☐ Residencia ☐ Privado ☐ Público ☐ Vía Pública Nocturno: ☐ Residencia ☐ Privado ☐ Público ☐ Vía Pública		

COBERTURAS SOLICITADAS			
COBERTURAS BÁSICAS:			
Cobertura	Suma Asegurada Bs.	Cobertura	Suma Asegurada Bs./Deducible
☐ Cobertura Amplia		☐ Impactos al Vehículo	
☐ Pérdida Total		☐ Impacto Estacionado	
☐ Pérdida Total por Robo		☐ Encunetamiento, Volcamiento e Incendio	
☐ Pérdida Total por Accidente		☐ Eventos Externos al Vehículo	
☐ Rotura de Vidrios		☐ Daños Maliciosos	
☐ Responsabilidad Civil de Vehículos		☐ Deducible	
COBERTURAS OPCIONALES:			
☐ Accesorios no Originales		☐ Radio Reproductor	
☐ Motín y Disturbios Callejeros		☐ Rines Especiales	
☐ Eventos Catastróficos		☐ Spoiler	
☐ Indemnización Diaria por Pérdida Total			
☐ Exceso de Límite de RCV		☐ Pantalla LCD para DVD	
☐ Defensa Penal		☐ Otros:	
☐ Servicio de Asistencia en Viaje (Grúa)			

Accidentes Personales Ocupantes de Vehículos:☐ Muerte Accidental☐ Gastos Médicos☐ Invalidez Permanente☐ Gastos Funerarios

Las coberturas opcionales no son de obligatoria contratación de parte del Tomador o Asegurado, quien escogerá libremente cualquiera de ellas mediante el pago de la prima adicional.

SEGUROS DE VEHÍCULOS EN OTRAS COMPAÑÍAS ASEGURADORAS¿Ha tenido o posee otra Póliza de Seguro sobre este vehículo? ☐ Sí ☐ No¿Se encuentra vigente? ☐ Sí ☐ No

Indique la Compañía de Seguros:

N° de Póliza:

¿Este vehículo ha sufrido siniestros previos de pérdida total? ☐ Sí ☐ No

Fecha: Especifique:

¿Este vehículo ha sufrido siniestros previos de pérdida parcial?

☐ Sí ☐ No Fecha: Especifique:**AUTORIZACIONES****PAGO POR TRANSFERENCIA A CUENTA BANCARIA**

Autorizo a Seguros Universitas, C.A. a que efectúe los pagos a mi favor, directamente a mi cuenta bancaria y acepto expresamente las condiciones de pago establecidas por las instituciones financieras y las abajo mencionadas:

Datos Cuenta Bancaria Asegurado TitularTipo de Cuenta: Corriente ☐ Ahorro ☐ Otra ☐ Especifique

Nombre del Banco

Número de Cuenta

Condiciones

- No se efectuarán pagos en aquellos casos donde el número de Registro de Información Fiscal (RIF) y/o Cédula de identidad o Pasaporte no coincida con los registrados en Seguros Universitas, C.A para el asegurado titular de la póliza.
- Si el asegurado titular decide cancelar o dejar de utilizar la cuenta bancaria a través de la cual se le transfieren sus pagos, deberá informarlo por escrito con cinco (5) días de anticipación a Seguros Universitas, C.A., notificando la nueva cuenta a la cual se deberán efectuar sus abonos.
- Las transferencias realizadas que resulten en rechazos por parte del banco, bien sea por cuentas bancarias cerradas o con datos erróneos o cualquier otra causa imputable al solicitante, se corregirán luego de recibida la conformación del referido rechazo de la transacción bancaria.
- Con el abono definitivo realizado en la cuenta bancaria que el solicitante ha suministrado en la presente planilla, libera a Seguros Universitas, C.A de cualquier reclamo que tenga en la relación entre ésta y el solicitante.
- No se podrán domiciliar pagos a cuentas de Firmas conjuntas.
- No se aceptarán planillas con tachaduras o enmendadura.

DECLARACIÓN

Declaro que he leído cuidadosa y totalmente las preguntas formuladas, y doy fe que la información y respuestas por mí proporcionadas, son verdaderas, completas y exactas en todas sus partes, sin haber incurrido en omisión o reticencia alguna que pueda modificar la opinión de Seguros Universitas, C.A., en cuanto a la aceptación del riesgo a correr por el seguro solicitado. Declaro conocer las Condiciones Generales y Particulares, Anexos de contratación, así como los límites de cobertura presentes en la póliza a emitir.

Autorizo la verificación de la información aquí suministrada, así como proporcionar información a terceros, para fines de evaluación del riesgo.

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 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 Terrorista, en la Actividad Aseguradora.

Lugar y Fecha:



Firma Asegurado Titular
C.I.:
Rif:

Pulgar Derecho
o en su defecto,
de la mano
izquierda



Firma Tomador
C.I.:
Rif:

Pulgar Derecho
o en su defecto,
de la mano
izquierda

INTERMEDIARIO

Nombre y Apellido

Cédula

Código

Firma