

Cotización Nro.:

Datos del Solicitante / Tomador

Datos de Identificación: Persona Natural

No. CI./ Pasaporte:	Nacionalidad:	<input type="checkbox"/> Pasaporte	País de origen:		Residente:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Venezolana	<input type="checkbox"/> Extranjera					
1er. Apellido:	2do. Apellido:	Apellido de Casada:					
1er. Nombre:	2do. Nombre:						
Sexo:	Estado Civil:		Fecha de Nacimiento:				
<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Casado(a)	<input type="checkbox"/> Divorciado(a)	<input type="checkbox"/> Soltero(a)	<input type="checkbox"/> Otro			
Actividad Económica:	Profesión:		Ocupación (Especifique):				
<input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Profesional							

Datos de Identificación: Persona Jurídica

Tipo de Persona:	No. de RIF:	No. de NIT:
<input type="checkbox"/> Jurídica <input type="checkbox"/> Gubernamental		
Denominación de la Razón Social:		
Siglas / Nombre Comercial:		

Datos del Registro Mercantil			Nombre del Registro	Circunscripción Judicial
Tomo	Número	Fecha		
Actividad Económica:			Especifique:	
<input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Gubernamental				

Ingreso y Patrimonio: Persona Natural y Persona Jurídica

Ingreso Anual (en Bs.)	<input type="checkbox"/> Menor a 30.000,00	<input type="checkbox"/> Igual o mayor a 30.000,00
Patrimonio (en Bs.)	<input type="checkbox"/> Menor a 100.000,00	<input type="checkbox"/> Igual o mayor a 100.000,00

Dirección de Habitación: Persona Natural / Dirección de Empresa: Persona Jurídica

País:		Estado:		Ciudad:		
Municipio:		Urbanización:		Av./ Calle /Transv.:		
CC./ Edif./ Torre /Casa / Quinta /Local:				Piso No. /Nivel:		Of./Apto.
Telf. (Cód.) No.:		Telf. Cel. (Cód.) No.:		Otro Telf. (Cód.) No.:		Fax: (Cód.) No.:
E-mail 1:				E-mail 2:		
Dirección de Cobro (especifique):						

Datos de la Póliza

Tipo de Póliza:	No. de Inspección:
<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Colectiva	

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?:	Km. Recorridos:
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Importado:	Color Principal:	Color Secundario:		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				

Información Sobre el Uso del VehículoEl 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**

Cobertura	Suma Asegurada	Cobertura	Suma Asegurada
<input type="checkbox"/> Básica		<input type="checkbox"/> Indemnización Única por Daños Menores(*)	
<input type="checkbox"/> Exceso de Límite		<input type="checkbox"/> Indemnización Única por Daños Mayores(*)	
<input type="checkbox"/> Asistencia Legal y Defensa Penal		<input type="checkbox"/> Asistencia en Viaje	

(*) Este anexo no se emitirá si se selecciona la Cobertura de Casco

Accidentes Personales Ocupantes de Vehículos

Cobertura	Suma Asegurada	Cobertura	Suma Asegurada
<input type="checkbox"/> Muerte Accidental		<input type="checkbox"/> Gastos Médicos	
<input type="checkbox"/> Invalidez Permanente		<input type="checkbox"/>	

Otras Coberturas (Asegurado)

Cobertura	Suma Asegurada	Cobertura	Suma Asegurada
<input type="checkbox"/> Sustitución Temporal de Vehículo		<input type="checkbox"/> Indemnización Diaria por Sustracción Ilegítima	

Otras Coberturas (Seguro de Casco de Vehículos Terrestres)

Cobertura	Suma Asegurada	Cobertura	Suma Asegurada
<input type="checkbox"/> Amplia sin deducible		<input type="checkbox"/> Amplia con Deducible de:	
<input type="checkbox"/> Pérdida Total			

Accesorios No Originales (Cobertura Sustracción Ilegítima de Accesorios)Cobertura Deseada de Accesorios: Por sustracción Ilegítima Por Pérdida Total del Vehículo Ambos

Descripción del Accesorio	Suma Asegurada	Descripción del Accesorio	Suma Asegurada
<input type="checkbox"/> Radio Reproductor		<input type="checkbox"/> Rines Especiales	
<input type="checkbox"/> Radio CD		<input type="checkbox"/> Tazas Especiales	
<input type="checkbox"/> Rockola		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

Beneficiario Preferencial

No. Cédula de Identidad / No. RIF	Apellidos Nombres / Denominación Razón Social

Declaración del Solicitante

Doy fe que el dinero utilizado para el pago de prima proviene de operaciones lícitas, realizadas con estricta observación a la Legislación Nacional y por lo tanto, no tiene relación alguna con bienes, haberes o capitales, producto de las actividades a que se refiere la Ley Orgánica Contra la Delincuencia Organizada.

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.

Autorizo(amos) la verificación de la misma, 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 de la Compañía.

Lugar y Fecha de la Declaración: _____, ____/____/____

Razón Social/Apellidos y Nombres:	Nro. de C.I./R.I.F.:	Firma Tomador:	Firma del Asegurado:	Huella Dactilar Tomador
-----------------------------------	----------------------	----------------	----------------------	-------------------------

Intermediarios

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