

SOLICITUD DE SEGURO DE CASCO DE VEHÍCULOS TERRESTRES

En base a la información suministrada en esta solicitud la empresa de seguros tomará la decisión de aceptar o no el riesgo, es por ello que la misma debe ser llenada en su totalidad, sin enmiendas y debidamente firmada por el tomador y el asegurado.

Tipo de Moneda: _____

Datos del tomador									
Apellidos y nombres:				N° de Cédula o R.I.F. V J E					
N° de pasaporte:				Sexo: M F		Estado civil: S C V D			
Lugar de Nacimiento:		País:		Estado:			Ciudad:		
Ingreso promedio anual:		Actividad económica: Independiente Empleado Socio					Ramo:		
Dirección de residencia:							Teléfono:		
Dirección de oficina:							Teléfono:		
En caso de ser persona jurídica, indique los siguientes datos									
Objeto o Razón Social:				Fecha de constitución de la compañía:			Fecha de registro de la compañía:		
Número de Registro:	Tomo:		R.I.F.:			Carácter bajo el cual contrata la póliza:			
Representante legal:			N° de Cédula o R.I.F. del representante legal: V E J				Ingreso Promedio anual:		
Actividad profesional, comercial o industrial y los productos o servicios que ofrece:									
Dirección de domicilio									
Avenida:			Sector:		Calle:			Urbanización:	
Edificio/Torre/Quinta:		Piso/Nivel	Apto N°:	Estado:		Ciudad:		Municipio:	
Parroquia:	Zona Postal:	Condiciones de la Vivienda: Propia Alquilada				Código de área:	Teléfono domicilio:		
Teléfono celular:			Email:						
Dirección de trabajo u oficina									
Domicilio Otra, indique:									
Avenida:			Sector:		Calle:			Urbanización:	
Edificio/Torre/Quinta:		Piso/Nivel	Apto N°:	Estado:		Ciudad:		Municipio:	
Parroquia:		Zona Postal:		Código de área:		Teléfono domicilio, oficina u otra:			
Teléfono celular:			Email:						

Aprobada por la superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante Oficio N° 11848 de fecha 30/05/2019

Av. Venezuela, entre Av. Lazo Martí y Calle Moledano, Edif. Torre Constitución, El Rosal, Código Postal 1060, Caracas -Venezuela. Teléfono Máster: (0212) 957.98.00.

Seguros Constitución, C.A. Inscrita ante la Superintendencia de la Actividad Aseguradora bajo el N° 96. RIF: J-09028623-3 - NIT: 0033556403

VEN-301-0014-04-0007

Datos del propuesto asegurado

Mismo Tomador.

En caso de ser el mismo titular, no llenar esta sección.

Apellidos y nombre / Razón social:		N° de Cédula o R.I.F. V J E	
N° de pasaporte:		Sexo: M F	Estado civil: S C V D
Lugar de Nacimiento:	País:	Estado:	Ciudad: Fecha de nacimiento:
Nacionalidad:	Profesión u Oficio:	Actividad económica: Independiente Empleado Socio	
Ramo:	Ingreso promedio anual:	Email:	

Datos del vehículo

N° de placa:	Año:	Marca:	Modelo:	Versión:	N° de puestos:	Color:
Uso:	Tipo:	Peso (Kg) Capacidad (TM):	Transmisión: Automática Sincrónica Secuencial			
N° de Certificación de Origen:		Serial del Motor:		Serial de carrocería:		
Lugar habitual del vehículo: Urbano Extraurbano		Si el vehículo es de carga ¿Qué tipo de mercancía transporta?				
¿Transporta materia inflamable o explosivo? Sí No		El estacionamiento del vehículo es: Público Privado En la vía pública				

Estado del Vehículo	Sistema de seguridad	Conductor habitual
Buenas condiciones Regulares condiciones Malas condiciones	Alarma sonora Trabegás Trancapalanca Bastón Otros	Propietario Cónyuge Hijo Otros, indique vínculo: _____ Apellidos y nombres: _____ Edad: _____ Cédula de Identidad: _____

Coberturas

Casco	Suma asegurada	Accesorios no originales
Cobertura básica Responsabilidad Civil de vehículos básica		Radio reproductor de CD Radio reproductor de DVD
Coberturas opcionales		Pantalla LCD para DVD Radio reproductor de MP3
Cobertura Amplia/ Motín, conmoción, disturbios populares y saqueos		Planta amplificadora
Pérdida Total / Motín, conmoción civil, disturbios populares y saqueos		Cornetas y bajos
Accidentes Personales ocupantes		Spoilers
Exceso de límite		Rines
Defensa penal		Elementos asegurables: _____
Asistencia de viajes: (solo grúa)		_____
Accesorios		_____
Indemnización diaria por robo o hurto del bien asegurado		_____

Aprobada por la superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante Oficio N° 11848 de fecha 30/05/2019

Av. Venezuela, entre Av. Lazo Martí y Calle Mohedano, Edif. Torre Constitución, El Rosal, Código Postal 1060, Caracas -Venezuela. Teléfono Máster: (0212) 957.98.00.

Seguros Constitución, C.A. Inscrita ante la Superintendencia de la Actividad Aseguradora bajo el N° 96. RIF: J-09028623-3 - NIT: 0033556403

VEN-301-0014-04-0007

Antecedentes de seguro sobre el vehículo

1. Compañías en las que ha estado asegurado el vehículo			2. ¿Alguna vez le han anulado una póliza de seguro de vehículo o le han impuesto condiciones especiales para ser asegurado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Nombre de la compañía aseguradora	Desde Mes/ Año	Hasta Mes/ Año	En caso afirmativo, detalle:			

3. Indique los reclamos que ha tenido en los últimos años:						
Mes/ Año	Compañía Aseguradora	Monto	Causa			
			Robo	Hurto	Accidente	Otro: _____
			Robo	Hurto	Accidente	Otro: _____
4. El vehículo ha presentado siniestros por: Pérdida parcial Pérdida total						

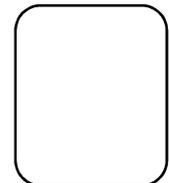
Declaraciones

Yo, el tomador declaro que he leído total y cuidadosamente las preguntas formuladas en el cuestionario precedente y doy fe que las respuestas por mi proporcionadas son verdaderas, completas y exactas. Asimismo declaro que no he cometido ningún hecho ni circunstancia que pueda modificar la opinión de la COMPAÑIA sobre el riesgo a correr por el seguro solicitado. Por otra parte, como TOMADOR de la póliza, doy fe bajo juramento que los datos suministrados a Seguros Constitución, C.A. son veraces, verificables, comprobables y completos. Asimismo, declaro que el tipo de moneda utilizado para el pago de la Prima de la Póliza a suscribir, proviene de una fuente lícita, realizadas con estricta observancia a la Legislación Nacional y por lo tanto no tiene relación alguna con dinero, capitales, bienes, haberes, valores o títulos, producto de las actividades ilícitas o de los delitos de Legitimación de Capitales previstos en la Ley Orgánica Contra la Delincuencia Organizada y el Financiamiento al Terrorismo”.

En _____ el día _____ del mes de _____ del año _____

Firma del tomador

C.I. del Tomador



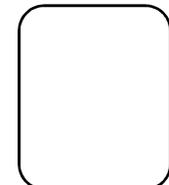
Huella del Tomador

“Yo, el Asegurado declaro que he leído total y cuidadosamente las preguntas formuladas en el cuestionario precedente y doy fe que las respuestas por mi proporcionadas son verdaderas, completas y exactas. Asimismo declaro que no he cometido ningún hecho ni circunstancia que pueda modificar la opinión de la COMPAÑIA sobre el riesgo a correr por el seguro solicitado. Por otra parte, como ASEGURADO de la póliza, doy fe bajo juramento que los datos suministrados a Seguros Constitución, C.A. son veraces, verificables, comprobables y completos. Asimismo, declaro que el tipo de moneda utilizado para el pago de la Prima de la Póliza a suscribir, proviene de una fuente lícita, realizadas con estricta observancia a la Legislación Nacional y por lo tanto no tiene relación alguna con dinero, capitales, bienes, haberes, valores o títulos, producto de las actividades ilícitas o de los delitos de Legitimación de Capitales previstos en la Ley Orgánica Contra la Delincuencia Organizada y el Financiamiento al Terrorismo”

En _____ el día _____ del mes de _____ del año _____

Firma del Propuesto Asegurado

C.I. del Propuesto Asegurado



Huella del Propuesto Asegurado

Apellido y nombre del Intermediario

Firma del Intermediario

C.I. del Intermediario

Código N°: _____