

**Seguros Caroní c.a.**Inscrita en la Superintendencia de Seguros bajo el Nro. 110.
Capital Suscrito y Pagado Bs. 22.530.306,00
R.I.F. J-30281400-9**SOLICITUD DE SEGURO
AUTOMOVIL CASCO Y RCV**

CODIGO: F - 010603 - 14

FECHAS

VIGENCIA

REVISIÓN

Nº

09 - 04

12 - 04

1

PAGINA: 1 / 2

Emisión Modificación Renovación

Fecha de la Solicitud: / /

Tipo de Póliza: Individual Flota

Póliza Nro.:

Certificado Nro.:

DATOS DEL**TOMADOR****PROPUESTO ASEGURADO****BENEFICIARIO**Apellidos y
Nombres o Razón
Social

C.I. o R.I.F.

Dirección

Teléfono

Conductor Habitual:

El Asegurado Sus Hijos Otros Su Cónyuge Chofer **DATOS DEL CONDUCTOR**

Apellidos:

Nombres:

C.I.:

Fecha de Nacimiento:

Estado Civil:

Sexo:

M F

Profesión:

Licencia:

Grado de la Licencia:

Fecha de la 1era. Expedición:

DATOS DEL VEHÍCULO

Marca:

Modelo:

Placa:

Año:

Tipo:

Color:

Serial de Carrocería:

Serial del Motor:

Cilindros:

Capacidad de Carga:

Capacidad de Pasajeros:

Lugar de Uso Habitual del Vehículo:

CLASIFICACIÓN DEL VEHÍCULO**PARTICULAR****CARGA** Hasta 800 Kg de Peso Hasta 2 TM de Capacidad Mas de 800 Kg de Peso Más de 2 TM Hasta 5 TM de Capacidad Casas Móviles con Tracción Propia Más de 5 TM Hasta 8 TM de Capacidad Auto-Escuela Mas de 8 TM Hasta 12 TM de Capacidad Alquiler sin Chofer Más de 12 TM de Capacidad Alquiler con Chofer, Taxi o Por puesto**Autobuses** Vehículos Rústicos Urbanos Vehículos Rutas Foráneas Suburbanos Motocicletas Interurbanos Motos Carros carga hasta 750 Kg**Minibuses** Tracción Sangre Urbanos Otras Máquinas Móviles Suburbanos Interurbanos



Inscrita en la Superintendencia de Seguros bajo el Nro. 110.
Capital Suscrito y Pagado Bs. 22.530.306,00
R.I.F.: J-30081400-9

SOLICITUD DE SEGURO AUTOMOVIL CASCO Y RCV

CODIGO: F- 010603 - 14

FECHAS

VIGENCIA	REVISIÒN	Nº
09 - 04	12 - 04	1

PAGINA: 2 / 2

COBERTURA DE CASCO		VALOR ASEGURADO	RESPONSABILIDAD CIVIL DE VEHICULO	
<input type="radio"/> Pérdida Total	Bs.		COBERTURA	VALOR ASEGURADO
<input type="radio"/> Cobertura Amplia	Bs.		<input type="radio"/> Daños a Cosas	Bs.
<input type="radio"/> Motín	Bs.		<input type="radio"/> Daños a Personas	Bs.
COBERTURA DE ACCESORIOS	VALOR ASEGURADO		<input type="radio"/> Exceso de Límite	Bs.
<input type="radio"/> Radio Reproductor	Bs.		<input type="radio"/> Defensa Penal	Bs.
<input type="radio"/> Radio con CD	Bs.		ACCIDENTES PERSONALES PARA OCUPANTES	VALOR ASEGURADO
<input type="radio"/> Aire Acondicionado	Bs.		<input type="radio"/> Muerte	Bs.
<input type="radio"/> Juego de Tasas	Bs.		<input type="radio"/> Invalidez	Bs.
<input type="radio"/> Rines Especiales	Bs.		<input type="radio"/> Gastos Médicos	Bs.
<input type="radio"/> Otros	Bs.			

El Tomador no está obligado a contratar todas las Coberturas indicadas anteriormente

Ingreso Anual del Tomador:

Profesión u Ocupación del Tomador:

Declaro formalmente, mediante la firma de esta solicitud, que la información que doy en este documento es verídica y que no he presumido ninguna circunstancia que tienda a aminorar la gravedad del riesgo con el fin de influenciar a la Empresa de Seguros para que suscriba la Póliza; asimismo me comprometo a tomar las medidas de precaución y prevención oportunas y necesarias para proteger y salvaguardar los bienes que deseo asegurar. Esta solicitud no implica compromiso alguno de mi parte de aceptar la póliza emitida por la Empresa de Seguros. Esta solicitud no obliga a la Empresa de Seguros a emitir la Póliza solicitada por mi en condición de tomador de la misma. No obstante, si dicha Póliza fuera emitida con el recibo correspondiente pagado por mí, esta solicitud servirá de base para su otorgamiento y formará parte integrante de la misma. Igualmente declaro ante esta solicitud que el dinero utilizado para el pago de la Prima de la Póliza suscrita proviene de una fuente lícita y por tanto no tienen relación alguna con dinero, capitales, bienes, haberes, valores o títulos producto de las actividades o acciones a que se refiere el artículo 37 de la Ley Orgánica sobre Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas.

Elaborado en _____ el día _____ de _____ de _____

Firma del Tomador

Nombre del Productor

Firma del Productor

Código del Productor

Nombre del Suscriptor

Firma del Suscriptor