

Inscrita en la Superintendencia de Seguros bajo el N° 93

Inicio de Cobertura:	
<input type="checkbox"/> Nueva	<input type="checkbox"/> Modificación
Póliza N°:	
Vigencia: Desde: / /	Hasta: / /

I. Datos del Tomador				
Apellido(s) y Nombre(s) o Razón Social:				
C.I., Pasaporte o RIF N°: <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> RIF				
Fecha Nacimiento:	Edad:	Sexo:	Estado Civil: <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V	
Actividad Económica: <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Ocupación <input type="checkbox"/> Ejercicio Profesional <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Socio				
Ingreso Mensual:				
Dirección de Habitación				
Calle:	Avenida:	Casa/Edificio:	Piso:	N° Apartamento:
Urbanización/Sector:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:	Teléfono:
Dirección de Oficina				
Calle:	Avenida:	Casa/Edificio:	Piso:	N° Apartamento:
Urbanización/Sector:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:	Teléfono:
Celular:	E-mail:	Empresa donde Trabaja:		
Cargo:	Teléfonos:	Dirección de Cobro:		
SI EL TOMADOR ES PERSONA JURÍDICA INDIQUE:				
Apellido(s) y Nombre(s) de la Persona Contacto:				
C.I., o Pasaporte N°:				
Actividad Económica: <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Ocupación <input type="checkbox"/> Ejercicio Profesional <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Socio				
Ingreso Mensual:				
Dirección de Habitación				
Calle:	Avenida:	Casa/Edificio:	Piso:	N° Apartamento:
Urbanización/Sector:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:	Teléfono:
Celular:	E-mail:			

IV. Coberturas Solicitadas

1.- Cobertura Amplia

2.- Cobertura de Pérdida Total Únicamente

3.- Cobertura de Accesorios Bs. _____
Radio Reproductor / CD Bs. _____
Aire Acondicionado Bs. _____
Rines Especiales Bs. _____
Otros Especificar Bs. _____

4.- Responsabilidad Civil Básica

5.- Exceso de Limite de Responsabilidad Civil Básica Bs. _____

6.- Accidentes Personales Ocupantes de Vehículos

Límite por Muerte Bs. _____
Límite por Invalidez Bs. _____
Gastos Médicos Bs. _____

7.- Defensa Penal Bs. _____

8.- Asistencia en Viaje Asistencia en Viajes PLUS

“Asímismo yo, el tomador, bajo fe de juramento declaro que el dinero utilizado para el pago de la prima de la póliza cuya suscripción solicito en este acto, proviene de una fuente lícita y por lo tanto, no tiene relación alguna con capitales, bienes, haberes o beneficios derivados de las actividades ilícitas o de los delitos de Legitimación de capitales previstos en la “Ley Orgánica contra la Delincuencia Organizada y Financiamiento al Terrorismo”.

Solicitud que se firma en _____ a los _____ días del mes de _____ del año _____

Por la Empresa

Por el Tomador

Datos del Intermediario

Código:

Apellidos y Nombres: