

## SEGURO DE CASCO DE VEHÍCULOS TERRESTRES SOLICITUD DE SEGURO

Con base a la información suministrada a continuación, UNIVERSAL DE SEGUROS, C.A. debe decidir si acepta o no el riesgo, debido a esto agradecemos llenar la solicitud en todas sus partes.

### DATOS DEL PROPUESTO ASEGURADO

1er. Apellido:	2do. Apellido:	1er. Nombre:	2do. Nombre:
C.I. / R.I.F./ Pasaporte: V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	Tipo de Persona: Natural <input type="checkbox"/> Jurídico <input type="checkbox"/>	Estado civil: S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Fecha de nacimiento: / /	<b>Si la actividad es comercial deberá especificar el ramo en que se desenvuelve</b> Actividad económica: Industrial <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Gubernamental <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Especifique:		
Ingreso anual Bs.:	Profesión:	Ocupación:	Cargo:

#### *Dirección habitación*

Edificio/Casa:	Apartamento/ Oficina:	Piso:	Urbanización:
Ciudad:	Parroquia:	Municipio:	Estado: Código Postal:
Teléfono: ( ) -	Fax: ( ) -	Email:	

#### *Dirección empresa*

Edificio/Casa:	Apartamento/ Oficina:	Piso:	Urbanización:
Ciudad:	Parroquia:	Municipio:	Estado: Código Postal:
Teléfono: ( ) -	Fax: ( ) -	Email:	

#### *Datos del Representante Legal*

1er. Apellido:	2do. Apellido:	1er. Nombre:	2do. Nombre:
C.I. / R.I.F./ Pasaporte: V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	Estado Civil: S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento: / /
Ingreso anual Bs.:	Profesión:	Ocupación:	Cargo:

### DATOS DEL TOMADOR (De ser diferente al PROPUESTO ASEGURADO)

1er. Apellido:	2do. Apellido:	1er. Nombre:	2do. Nombre:
C.I. / R.I.F./ Pasaporte: V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	Tipo de Persona: Natural <input type="checkbox"/> Jurídico <input type="checkbox"/>	Estado civil: S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Fecha de nacimiento: / /	<b>Si la actividad es comercial deberá especificar el ramo en que se desenvuelve</b> Actividad económica: Industrial <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Gubernamental <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Especifique:		
Profesión:	Ocupación:	Socio <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/>	Cargo:

#### *Dirección habitación*

Edificio/ Casa:	Apartamento/ Oficina:	Piso:	Urbanización:
Ciudad:	Parroquia:	Municipio:	Estado: Código Postal:

Teléfono: (    ) -		Fax: (    ) -		Email:	
<b>En caso de ser persona Jurídica, datos Corporativos:</b>					
Razón Social:			Nombre Comercial:		
Número de Registro Mercantil:				Fecha de Registro: / /	
<i>Dirección de empresa</i>					
Edificio/ Casa:		Apartamento/ Oficina:		Piso:	Urbanización:
Ciudad:	Parroquia:	Municipio:		Estado:	Código Postal:
Teléfono: (    ) -		Fax: (    ) -		Email:	
<b>Datos del Representante Legal:</b>					
1er. Apellido:		2do. Apellido:		1er. Nombre:	2do. Nombre:
C.I. / R.I.F./ Pasaporte: V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>		Tipo de Persona: Natural <input type="checkbox"/> Jurídico <input type="checkbox"/>		Estado civil S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Fecha de nacimiento: / /	Ingreso Anual:		Profesión:		
Ocupación:			Cargo:		
<b>DIRECCIÓN DE COBRO</b>					
Edificio/ Casa:		Apartamento/ Oficina:		Piso:	
Urbanización:		Ciudad:	Parroquia:	Municipio:	
Estado:		Código Postal:		Teléfono: (    ) -	
Fax: (    ) -		Email:			
<b>DATOS DEL VEHICULO A ASEGURAR</b>					
Placa:		Serial de Carrocería:		Serial del Motor:	
Marca:		Modelo:		Versión:	
Color Principal:			Color Secundario:		
Año:	Cilindros:	Transmisión: Sincrónico <input type="checkbox"/> Automático <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		Peso en (Kg):	
Certificado Registro del Vehículo:		N° de Certificado de Origen		N° Puestos:	
Capacidad (TN):		Vehículo nuevo: SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Importado: SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Kms. Recorridos:	
<i>Uso del vehículo</i>					
El vehículo es de carga: SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		En caso afirmativo especifique tipo de mercancía que transporta:			
En caso de Vehículo de Transporte Colectivo indique su uso: Privado <input type="checkbox"/> Público <input type="checkbox"/> Turismo <input type="checkbox"/> Escolar <input type="checkbox"/>				Lugar (Estado) de uso habitual:	
Ciudad:		El estacionamiento del Vehículo es: DIURNO en: Privado <input type="checkbox"/> Público <input type="checkbox"/> En la Vía Pública <input type="checkbox"/> NOCTURNO en: Privado <input type="checkbox"/> Público <input type="checkbox"/> En la Vía Pública <input type="checkbox"/>			

Conductor Habitual del Vehículo: Propietario <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Chofer <input type="checkbox"/> Otro (Especifique):							
Dispositivos de seguridad: Alarma <input type="checkbox"/> Bóveda <input type="checkbox"/> Tranca Palanca <input type="checkbox"/> Tranca Pedales <input type="checkbox"/> Otro (Especifique)							
Accesorios Originales: Radio <input type="checkbox"/> Rines <input type="checkbox"/> Caucho Repuesto <input type="checkbox"/> Radio CD <input type="checkbox"/> Tazas <input type="checkbox"/> Tapicería de cuero <input type="checkbox"/> Aire Acondicionado <input type="checkbox"/> Otros (Especifique):							
El vehículo ha sido objeto en alguna oportunidad de robo o hurto: SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, indique fecha:							
El vehículo ha sido declarado Pérdida Total por otra Aseguradora: SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, indique fecha:							
<b>COBERTURAS SOLICITADAS</b>				<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>Deducible</b>	<b>Suma Asegurada</b>
<b>Cobertura Básica</b> (Puede elegir solo una opción)	Cobertura Amplia						
	Cobertura Pérdida Total						
<b>Coberturas opcionales</b> (El Tomador no está obligado a contratar las coberturas opcionales aquí indicadas)	Accesorios Adicionales						
	Indemnización Diaria por Pérdida Total						
	Eventos Catastróficos						
	Responsabilidad Civil de Vehículos						
	Exceso de Límite						
	Defensa Penal						
	Accidentes Personales de Ocupantes de Vehículos						
Asistencia en Viaje							
<b>OTROS SEGUROS SOBRE LOS MISMOS BIENES A ASEGURAR</b>							
Pólizas Vigentes:							
NÚMERO DE PÓLIZA		NOMBRE DE LA EMPRESA			FECHA DE VENCIMIENTO dd / mm / aaaa		
Siniestros:							
FECHA DE OCURRENCIA		CAUSA DEL SINIESTRO			MONTO RECLAMADO		
<b>DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES</b>							
<p><b>Yo, el PROPUESTO ASEGURADO,</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Declaro que he leído cuidadosamente y totalmente, una a una, todas las preguntas y respuestas consignadas en esta solicitud de seguro y que ellas son verdaderas, amplias, completas y exactas.</li> <li>• Declaro que no he omitido ni disimulado, ningún hecho ni circunstancias que puedan modificar la opinión de UNIVERSAL DE SEGUROS, C.A. sobre el riesgo a correr por el Seguro solicitado.</li> <li>• Autorizo a las Empresas o Instituciones, para suministrar a UNIVERSAL DE SEGUROS, C.A., todos los datos que posean antes o después del siniestro.</li> <li>• Autorizo expresamente a UNIVERSAL DE SEGUROS, C.A., a recabar cualquier información relacionada con los riesgos y a verificar los datos de esta Solicitud de Seguro.</li> <li>• En caso de que proceda la indemnización con ocasión de algún siniestro, Autorizo expresamente a UNIVERSAL DE SEGUROS, C.A., a la realización del pago a través de transferencias bancarias, en cuyo caso me comprometo a enviar el respectivo acuse de recibo en un lapso de veinticuatro (24) horas contadas desde la recepción del referido pago.</li> </ul>							

**Yo, el TOMADOR de la Póliza,**

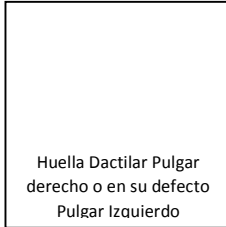
- Doy fe que el dinero utilizado para el pago de la prima, proviene de una fuente lícita y por lo tanto, no tiene relación alguna con dinero, capitales, bienes, haberes, valores o títulos producto de las actividades o acciones derivadas de operaciones ilícitas previstas en las Normas sobre Prevención, Control y Fiscalización de los Delitos de Legitimación de Capitales y el Financiamiento al Terrorismo, en la Actividad Aseguradora.

Lugar: \_\_\_\_\_

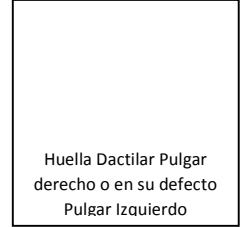
Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ .  
dd / mm / aaaa

Firmas: \_\_\_\_\_

EL TOMADOR



PROPUESTO ASEGURADO



**Intermediario(s) de Seguros:**

Apellido(s) y Nombres	Código N°	(%) porcentaje de Participación	Firma

Para la suscripción de la Póliza se debe anexar a esta Solicitud de Seguro: Fotocopia de los documentos de identificación del Tomador, Propuesto Asegurado y de sus Representante (C.I.; R.I.F; Pasaporte), fotocopia del certificado de registro de vehículo y/o documento de propiedad del vehículo a asegurar y, Fotocopia de los documentos de Registro Mercantil

**Aprobado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora, mediante Oficio No. SAA-1-1-8683-2015 de fecha 21 de octubre de 2015.**