



Inscrita en la Superintendencia de la Actividad Aseguradora  
bajo el N°. 107 RIF J-30052236-9

# SOLICITUD DE SEGURO CASCO DE VEHÍCULOS TERRESTRES

Nro. Solicitud

Emisión Inclusión

## DATOS DE LA PÓLIZA

Fecha de la Solicitud:	Fecha de la Vigencia:				Fecha de Recepción: (Sello)			
	Desde (las 12 m)			Hasta (las 12m)				
Productor:				Código:				

## DATOS DEL TOMADOR

### 1. Persona Natural

Nombres y Apellidos:		Nro. Cédula/Pasaporte:	R.I.F.:	Nacionalidad:	
Profesión:		Fecha de Nacimiento:	Sexo:	Estado Civil:	
			F M	S C V D	
Ocupación u Oficio:		Ingreso Anual:			
Actividad comercial: (si es comerciante indique el ramo)		La actividad comercial la realiza como:			
		Profesional Independiente Socio Empleado			

### Dirección de Habitación

Estado:	Ciudad:	Municipio:	Parroquia:	Zona Postal:
Urbanización:	Avenida / Calle:	CC./Edif./Casa:	Piso / Nivel:	Apto. / Local:
Teléfono Habitación:	Teléfono Celular:	Teléfono Oficina:	Correo electrónico:	
( )	( )	( )		
Vivienda:	Tipo:			
Propia Alquilada Otra	Apartamento Quinta Casa Otra			

### Dirección de Oficina

Estado:	Ciudad:	Municipio:	Parroquia:	Zona Postal:
Urbanización:	Avenida / Calle:	CC./Edif./Casa:	Piso / Nivel:	Apto. / Local:
Teléfono Habitación:	Teléfono Celular:	Teléfono Oficina:	Correo electrónico:	
( )	( )	( )		

### Dirección de Cobro

Estado:	Ciudad:	Municipio:	Parroquia:	Zona Postal:
Urbanización:	Avenida / Calle:	CC./Edif./Casa:	Piso / Nivel:	Apto. / Local:

### 2. Persona Jurídica

Denominación de la Razón Social:			Tipo de Persona	
			Privada Pública	
Siglas / Nombre Comercial:			Patrimonio:	
Fecha de Constitución:	Nro. Registro:	Nro. Tomo:	Actividad Económica: Otra (especifique)	
			Industrial Comercial Gubernamental	
Nombres y Apellidos Representante Legal o Persona Contacto:			Nro. Cédula / Pasaporte:	
R.I.F.:	Nacionalidad:	Actividad comercial:		Ingreso Promedio Anual:

### Dirección de Oficina

Estado:	Ciudad:	Municipio:	Parroquia:	Zona Postal:
Urbanización:	Avenida / Calle:	CC./Edif./Casa:	Piso / Nivel:	Apto. / Local:
Teléfono Oficina:	Teléfono Celular:		Correo electrónico:	
( )	( )			

### Dirección de Cobro

Estado:	Ciudad:	Municipio:	Parroquia:	Zona Postal:
Urbanización:	Avenida / Calle:	CC./Edif./Casa:	Piso / Nivel:	Apto. / Local:

**DATOS DEL PROPUESTO ASEGURADO**

Nombres y Apellidos /Razón Social:					
Si se trata de persona jurídica indicar datos de Registro Mercantil:					
Nro. Cédula / Pasaporte:	R.I.F.:	Nacionalidad:	Fecha de Nacimiento:	Sexo:	Estado Civil:
				F M	S C V D
Profesión:			Ocupación u Oficio:		
Actividad comercial: (si es comerciante indique el ramo)			La actividad comercial la realiza como: Profesional Independiente      Socio      Empleado		
Ingreso Promedio Anual Esperado:					
<b>Dirección de Habitación</b>					
Estado:	Ciudad:	Municipio:	Parroquia:	Zona Postal:	
Urbanización:	Avenida / Calle:	CC./Edif./Casa:	Piso / Nivel:	Apto. / Local:	
Teléfono Habitación:	Teléfono Celular:	Teléfono Oficina:	Correo electrónico:		
(      )	(      )	(      )			
<b>Dirección de Oficina</b>					
Estado:	Ciudad:	Municipio:	Parroquia:	Zona Postal:	
Urbanización:	Avenida / Calle:	CC./Edif./Casa:	Piso / Nivel:	Apto. / Local:	
Teléfono Habitación:	Teléfono Celular:	Teléfono Oficina:	Correo electrónico:		
(      )	(      )	(      )			

**DATOS DEL BENEFICIARIO PREFERENCIAL**

Nombres y Apellidos /Razón Social:	Nro. Cédula / Pasaporte:	R.I.F.:
------------------------------------	--------------------------	---------

**DATOS DEL VEHÍCULO A ASEGURAR**

Marca:	Modelo:	Año:	Versión:	Tipo:
Serial del Motor:		Serial de Carrocería:		Cantidad de Pasajeros:
Color:	Uso:	Clase:	Tipo de Carga:	Toneladas:
Transmisión:			Uso del Vehículo:	
Automática      Sincrónico      Otra			Urbano      Extraurbano	
Dispositivo de Seguridad:				
Sistema Satéltal      Compañía o Empresa (especifique):				
Alarma      Bóveda      Tranca Palanca      Tranca Pedales      Otros (especifique):				
Grado de la Licencia:			Conductor Habitual:	
Segunda      Tercera      Cuarta      Quinta      Título			Propietario      Cónyuge      Hijos      Chofer      Otro	
Lugar de uso habitual del vehículo:			Nombre del Conductor Habitual:	
Tiempo aprox. que conduce a diario (vehículos particulares):			Experiencia Años:	
Menos de 15 minutos      Entre 15 y 45 minutos			Sexo:	
Más de 45 minutos      Uso profesional			Nro. Cédula / Pasaporte:	
			F      M	

**COBERTURAS SOLICITADAS**

**El asegurado NO está obligado a tomar todas y cada una de las coberturas aquí señaladas, debiendo seleccionar en forma excluyente sólo una de las tres (03) coberturas principales.**

Coberturas Principales	Desea la Cobertura?		Sumas Aseguradas
<b>1. Cobertura Amplia</b>	Si	No	
Limitación de Cobertura Básica	Si	No	
<b>Accesorios No Originales</b>			
Radio / Reproductor / CD / DVD	Si	No	
Aire Acondicionado	Si	No	
Caucho de Repuesto	Si	No	
Otros	Si	No	
<b>2. Cobertura de Pérdida Parcial</b>	Si	No	
<b>Accesorios No Originales</b>			
Radio / Reproductor / CD / DVD	Si	No	
Aire Acondicionado	Si	No	
Caucho de Repuesto	Si	No	
Otros	Si	No	

<b>3. Cobertura de Pérdida Total</b>	Si	No	
Pérdida Parcial por Evento	Si	No	
Vidrios	Si	No	
<b>COBERTURAS OPCIONALES</b>			
Motín/Disturbios Callejeros	Si	No	
Indemnización Diaria	Si	No	
Catastrófico	Si	No	
<b>RESPONSABILIDAD CIVIL DE VEHICULO (RCV)</b>			
<b>Responsabilidad Civil de Vehículo (RCV)</b>	Si	No	
RCV Básica (Daños a Cosas y Daños a Personas)	Si	No	
Defensa Penal	Si	No	
Exceso de Límite	Si	No	
<b>Accidentes Personales para Ocupantes de Vehículos</b>	Si	No	
Muerte	Si	No	
Invalidez Total y Permanente	Si	No	
Gastos Médicos	Si	No	
Gastos Funerarios	Si	No	
<b>Asistencia en Viajes</b>	Si	No	
<b>OTROS DATOS DEL VEHÍCULO</b>			
Inflamable: Si                      No	Policial: Si                      No	Remolque: Si                      No	
Lugar donde Pernocta: Estacionamiento Privado      Estacionamiento Público	Estacionamiento Protegido: Si                      No	Existe Vigilancia: Si                      No	
Estado del Vehículo: Buenas Condiciones                      Regulares Condiciones                      Malas Condiciones			
El vehículo fue: Declarado Pérdida Total      Si      No      Compañía o Empresa (especifique): Recuperado:      Si      No			

**DECLARACIÓN DE ORIGEN DE LOS FONDOS DEL TOMADOR**

En mi carácter de solicitante de la póliza o en representación de éste, declaro que la información aquí suministrada es veraz y completa, sin omisión alguna de detalle, hecho o circunstancia, con el propósito de aminorar el riesgo, por consiguiente me obligo a tomar oportunamente, las medidas de precaución y prevención necesarias para proteger los bienes asegurados, en el entendido que ésta servirá de base a **SEGUROS ALTAMIRA, C.A.** para la emisión de la póliza y el cobro de la prima. Los riesgos empezarán a correr por cuenta del Asegurador a partir de la fecha indicada en el Cuadro Recibo de la Póliza.

Como Tomador, doy fe que los recursos utilizados para el pago de la prima del presente seguro proviene de una fuente lícita y por lo tanto no tiene relación alguna con dinero, capitales, bienes, haberes, valores o títulos producto de la actividades o acciones derivadas de operaciones ilícitas.

Esta solicitud formará parte integrante de la póliza y **SEGUROS ALTAMIRA, C.A.**, estará obligada a entregar una copia al Tomador al momento del pago de la prima, conjuntamente con las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, el Cuadro Recibo de la Póliza y demás documentos que formen parte del contrato.

En \_\_\_\_\_, a los \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

El Tomador debe estampar la huella dactilar del pulgar de la mano derecha o, en su defecto, de la mano izquierda.

	Tomador/Solicitante	Propuesto Asegurado	Productor
	Firma	Firma	Firma
<b>Huella Dactilar del Tomador</b>	Cédula Identidad:	Cédula Identidad:	Código:

Dirección: Av. Libertador con calle negrín, centro comercial Av. Libertador, Mezzanina y pisos 1,2,3 y PH-1  
Urb. La Florida, Caracas. Distrito Capital.