



**SEGUROS
LOS ANDES**

COMPAÑIA ANONIMA, INSCRITA EN LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS - MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA ECONOMIA Y FINANZAS BAJO EL N° 44 MIEMBRO DE LA CÁMARA DE ASEGURADORES DE VENEZUELA
R.I.F. J-07001737-6 - AV. LAS PILAS, URB. SANTA INÉS, EDIFICIO SEGUROS LOS ANDES, SAN CRISTOBAL, TÁCHIRA. INSCRITA EN EL REGISTRO MERCANTIL QUE LLEVABA EL
JUZGADO DE PRIMERA INSTANCIA CIVIL Y MERCANTIL DEL ESTADO TÁCHIRA, BAJO EL N° 16 DE FECHA 06 DE FEBRERO DE 1.956.
REPRESENTANTE: LIC. ALEXANDER PÉREZ - VICEPRESIDENCIA TÉCNICA, APODERADO BAJO PODER AUTENTICADO ANTE LA NOTARIA PÚBLICA NOVENA
DEL MUNICIPIO CHACAO DEL EDO. MIRANDA EN FECHA 16-02-06, BAJO EL N° 15, TOMO 21.

SOLICITUD DE PÓLIZA DE SEGURO AUTOMÓVIL

Fecha de Solicitud: / /	Nº Póliza	Vigencia	Desde 12M.	D	M	A	Hasta 12M.	D	M	A
-------------------------	-----------	----------	------------	---	---	---	------------	---	---	---

DATOS DEL TOMADOR

PERSONA NATURAL

1er Apellido	2do Apellido o de Casada	1er Nombre	2do Nombre
C.I. Nº / Pasaporte	Lugar y Fecha de Nacimiento / /	Edad	Estado Civil
Profesión / Actividad u Oficio	Ejercicio Indep. <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/>	Sexo	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Dirección de Habitación			
Dirección de Oficina			Cobro <input type="checkbox"/> Hab. en: <input type="checkbox"/> Ofic.
Teléfono de Habitación	Teléfono de Oficina	Ingreso Anual:	<input type="checkbox"/> 0 a 10.000 <input type="checkbox"/> 10.001 a 20.000 <input type="checkbox"/> 20.001 a 40.000 <input type="checkbox"/> Más de 40.000
E-mail			

PERSONA JURÍDICA

Nombre ó Razón Social (Indique las siglas si las tiene)			
Fecha de Constitución / /	Registro Mercantil _____ Tomo _____ Nº _____		
Nº R.I.F. / R.F.P.	Actividad Económica	Promedio de Ventas Mensuales	
Representante Actual			
Dirección de Cobro			
Teléfono 1	Teléfono 2	Teléfono 3	Fax
Celular	País	Estado	
Ciudad	Municipio	Zona Postal	
E-mail			

ASEGURADO PROPUESTO (Llenar en caso de ser diferente al tomador)**PERSONA NATURAL**

1er Apellido	2do Apellido o de Casada	1er Nombre	2do Nombre
C.I. N° / Pasaporte	Lugar y Fecha de Nacimiento / /	Edad	Estado Civil
Profesión / Actividad u Oficio	Ejercicio Indep. <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/>	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
Dirección de Habitación			
Dirección de Oficina			Cobro <input type="checkbox"/> Hab. en: <input type="checkbox"/> Ofic.
Teléfono de Habitación	Teléfono de Oficina	Ingreso Anual: <input type="checkbox"/> 0 a 10.000 <input type="checkbox"/> 10.001 a 20.000 <input type="checkbox"/> 20.001 a 40.000 <input type="checkbox"/> Más de 40.000	
E-mail			

PERSONA JURÍDICA

Nombre ó Razón Social (Indique las siglas si las tiene)			
Fecha de Constitución / /	Registro Mercantil _____ Tomo _____ N° _____		
N° R.I.F. / R.F.P.	Actividad Económica	Promedio de Ventas Mensuales	
Representante Actual			
Dirección de Cobro			
Teléfono 1	Teléfono 2	Teléfono 3	Fax
Celular	País	Estado	
Ciudad	Municipio	Zona Postal	
E-mail			

DATOS DEL VEHÍCULO

Placa N°	Permiso N°	Marca	Modelo	Versión	Año	Automático <input type="checkbox"/> Sincrónico <input type="checkbox"/>
Clase	Motor	N° Puestos	Tonelaje	Destinado	Color	
Serial Motor		Serial Carrocería			Kilometraje	
Fabricación N <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	Tipo de Carga		Peso	N° Registro RAP		
Transporta Materiales Inflamables o Explosivos			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Pertenece a Bomberos, Policía, Ambulancia, Emp. Vigilancia o Transporte de Valores		
			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			

ACCIDENTES PERSONALES OCUPANTES DE VEHÍCULOS (OPCIONAL)

Concepto	Valor Asegurado	Prima Bs.
Conductor		
Muerte e Incapacidad	_____	_____
Gastos Médicos	_____	_____
Pasajeros		
Muerte e Incapacidad c/u	_____	_____
Gastos Médicos c/u		_____
Prima por Pasajero Bs. _____ X N° _____		_____
Total Prima por Ocupantes de Vehículos Bs.		_____

Total General Prima a Cancelar Bs. _____

Nota: El tomador no está obligado a tomar todas las coberturas opcionales

Otras Pólizas con la Compañía				
Ramo	N° Póliza	Prima Bs:	Vencimiento	%

Observaciones: _____

El Tomador garantiza, mediante la firma contenida en la presente solicitud, que toda información declarada libremente aquí, es completa y verídica, que no ha suprimido información alguna que pudiere cambiar el concepto de gravedad del riesgo e influenciar erróneamente la decisión de la Empresa de Seguros respecto de dicho riesgo y que se encarga de ejercer toda la precaución razonable para salvaguardar los bienes objeto del seguro aquí solicitado. Conviene asimismo, que esta solicitud y declaraciones contenidas formarán la base de la póliza a ser emitida por la Empresa de Seguros y cualquier omisión, falsedad o falta en las declaraciones realizadas de mala fe, será la causa suficiente para que el seguro concedido de ésta solicitud quede nulo en su totalidad, desde su comienzo u otra fecha elegida por la Empresa de Seguros, de conformidad con lo señalado en las condiciones de la

“Yo _____, el Tomador doy fe que el dinero utilizado para el pago de la prima del presente seguro proviene de una fuente lícita y no tiene relación alguna con capitales, bienes, haberes o beneficios derivados de las actividades ilícitas de los delitos de Legitimación de capitales previstos en la Ley Orgánica Contra la Delincuencia Organizada.”

Productor	
Hago constar que el vehículo descrito en esta solicitud ha sido inspeccionado de acuerdo al Acta de Revisión y doy fe que se encuentra en buen estado.	
Nombre	
Código	Firma

Ciudad y Fecha
Firma Tomador
Firmado Asegurado Titular
Autorizado por