

SOLICITUD DE SEGURO AUTOMOVIL CASCO Y RCV

CODIGO: FO- AUT - 01	
VIGENCIA	Nº REVISIÓN
19/06/2020	2
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								
Correo electrónico								
Conductor Habitual:		El Asegurado	☐	Sus Hijos	☐	Otros		
		Su Cónyuge	☐	Chofer	☐			
DATOS DEL CONDUCTOR								
Apellidos:			Nombres:			C.I.:		
Fecha de Nacimiento: / /			Estado Civil: Soltero(a)			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			

SOLICITUD DE SEGURO AUTOMOVIL CASCO Y RCV

CODIGO: FO- AUT - 01	
VIGENCIA	Nº REVISIÓN
19/06/2020	2
PAGINA: 2 / 2	

COBERTURA DE CASCO		VALOR ASEGURADO	RESPONSABILIDAD CIVIL DE VEHICULO		
☐	Pérdida Total		COBERTURA		VALOR ASEGURADO
☐	Cobertura Amplia		☐	Daños a Cosas	
☐	Motín		☐	Daños a Personas	
COBERTURA DE ACCESORIOS		VALOR ASEGURADO	☐	Exceso de Límite	
☐	Radio Reproductor		☐	Defensa Penal	
☐	Radio con CD		ACCIDENTES PERSONALES PARA OCUPANTES		VALOR ASEGURADO
☐	Aire Acondicionado				
☐	Juego de Tasas		☐	Muerte	
☐	Rines Especiales		☐	Invalidez	
☐	Otros		☐	Gastos Médicos	
			☐	Gastos Funerarios	

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 omitido 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 mí 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 formando parte integrante de la misma, por lo que en este sentido autorizo a Seguros Caroní, S.A. a enviar (por vía electrónica, telefónica y/u otros medios que puedan ser desarrollados producto del ingenio humano) información sobre solicitudes o servicios relacionados con la Póliza. Igualmente declaro por medio de 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 tiene relación alguna con dineros, capitales, bienes, haberes, valores o títulos producto de las actividades o acciones a que se refiere el artículo 4 de la Ley Orgánica Contra la Delincuencia Organizada.

Elaborado en _____ el día _____ de _____ de _____

Firma del Tomador

Nombre del Productor

Firma del Productor

Código del Productor

Nombre del Suscriptor

Firma del Suscriptor