

Casco **Responsabilidad Civil, Accidentes Terrestres y Proviajero**
Datos del Tomador

 Nombres y apellidos: _____ C.I. / Pasaporte / RIF: _____
 V E J

 Fecha de nacimiento: _____ Sexo: M F

 Estado civil: C S V D Otro

 Ingreso anual (en U.T.): Menor a 530 Entre 530 y 1.320 Mayor a 1.320

 Actividad económica: Comercial Profesional

 Ocupación: Socio Empleado Ejercicio profesional Otro
Dirección de Habitación

Estado:	Ciudad:	Municipio:
Parroquia:	Urbanización, Sector, Barrio:	Edif., Galpón, Casa, Quinta:
Vía principal:	Vía 1 (izquierda):	Vía 2 (derecha):
Torre, Sección, Ala:	Piso, Nivel:	Local, Ofic., Apto:
Referencia:	Otro:	Código postal:
Teléfono habitación:	Teléfono oficina:	Teléfono celular:
E-mail:		Fax:

Dirección de Cobro

Estado:	Ciudad:	Municipio:
Parroquia:	Urbanización, Sector, Barrio:	Edif., Galpón, Casa, Quinta:
Vía principal:	Vía 1 (izquierda):	Vía 2 (derecha):
Torre, Sección, Ala:	Piso, Nivel:	Local, Ofic., Apto:
Referencia:	Otro:	Código postal:
Teléfono habitación:	Teléfono oficina:	Teléfono celular:
E-mail:		Fax:



Solicitud de Seguro N°: _____

Si el Tomador es Persona Jurídica responda adicionalmente

Fecha de constitución de la empresa: _____ Tipo de actividad económica: _____

Naturaleza de la empresa: Pública Privada

La factura una vez pagada la Prima de la Póliza, deberá salir a nombre de

Tomador Asegurado

Datos del Representante Legal

Nombres y apellidos: _____ C.I. / Pasaporte / RIF: _____

V E J

Ingreso anual (en U.T.): Menor a 530 Entre 530 y 1.320 Mayor a 1.320

Actividad económica: Comercial Profesional

Ocupación: Socio Empleado Ejercicio profesional Otro _____

Dirección de Habitación

Estado: _____ Ciudad: _____ Municipio: _____

Parroquia: _____ Urbanización, Sector, Barrio: _____ Edif., Galpón, Casa, Quinta: _____

Vía principal: _____ Vía 1 (izquierda): _____ Vía 2 (derecha): _____

Torre, Sección, Ala: _____ Piso, Nivel: _____ Local, Ofic., Apto: _____

Referencia: _____ Otro: _____ Código postal: _____

Teléfono habitación: _____ Teléfono oficina: _____ Teléfono celular: _____

E-mail: _____ Fax: _____

Datos del Asegurado

Nombres y apellidos: _____ C.I. / Pasaporte / RIF: _____

V E J

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: M F

Estado civil: C S V D Otro

Ingreso anual (en U.T.): Menor a 530 Entre 530 y 1.320 Mayor a 1.320

Actividad económica: Comercial Profesional

Ocupación: Socio Empleado Ejercicio profesional Otro _____

Solicitud de Seguro N°: _____

Dirección de Habitación

Estado: _____	Ciudad: _____	Municipio: _____
Parroquia: _____	Urbanización, Sector, Barrio: _____	Edif., Galpón, Casa, Quinta: _____
Vía principal: _____	Vía 1 (izquierda): _____	Vía 2 (derecha): _____
Torre, Sección, Ala: _____	Piso, Nivel: _____	Local, Ofic., Apto: _____
Referencia: _____	Otro: _____	Código postal: _____
Teléfono habitación: _____	Teléfono oficina: _____	Teléfono celular: _____
E-mail: _____		Fax: _____

Vigencia del Seguro Desde: ____/____/____ Hasta: ____/____/____

Bien por Asegurar

Placa: _____ Marca: _____ Modelo: _____ Año: _____ Color: _____

Serial del motor: _____ Número de cilindros: _____

Serial de carrocería: _____ Transmisión: Automático Sincrónico

Uso del vehículo: _____ Tipo de carga: _____ Número de pasajeros: _____

Peso en kilogramos: _____ Cantidad de toneladas: _____

Uso habitual del vehículo: Urbano Extraurbano

Usado por: Propietario Cónyuge Chofer Hijos Otros Experiencia: ____ Años

Grado de licencia: Segunda Tercera Título Quinta Cuarta

Coberturas Solicitadas

Automóvil - Casco		Sumas Aseguradas
Amplia	<input type="checkbox"/>	_____
Amplia con deducible (%)	<input type="checkbox"/>	_____
Amplia plan familiar	<input type="checkbox"/>	_____
Pérdida total	<input type="checkbox"/>	_____
Indemnización diaria	<input type="checkbox"/>	_____
Accesorios		
Radio / Reproductor / CD	<input type="checkbox"/>	_____
Aire acondicionado	<input type="checkbox"/>	_____
Otro: _____	<input type="checkbox"/>	_____

Solicitud de Seguro N°: _____

Combinado Automóvil

- RCV básica
- Asistencia legal y defensa penal
- Exceso de límite
- Asistencia Vial
- Accidentes Terrestres
- Conductor Pasajeros Ayudantes

Sumas Aseguradas

Cobertura

- Muerte
- Invalidez
- Gastos médicos o curación
- Gastos de entierro

Sumas Aseguradas

El asegurado no está obligado a tomar todas y cada una de las coberturas aquí señaladas.

Intermediario(s)

Apellidos y nombres	Código	% Participación	Firma

Yo, _____, C.I. No. _____, 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, beneficios, valores o títulos producto de las actividades o acciones derivadas de operaciones ilícitas, conforme a lo dispuesto en el Título III de las "Normas sobre Prevención, Control y Fiscalización de los Delitos de Legitimación de Capitales y el Financiamiento al Terrorismo, en la Actividad Aseguradora", publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 39.621, de fecha 22 de febrero de 2011, y cuya reforma fue publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 39.694, de fecha 13 de junio de 2011.

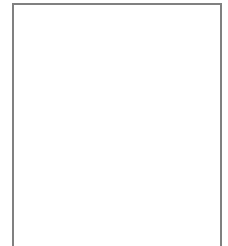
Lugar: _____ Fecha: ____/____/____

Firma del Tomador: _____

Firma del Asegurado: _____



Huella dactilar Tomador
(Pulgar derecho)



Huella dactilar Asegurado
(Pulgar derecho)

SEGUROS CARACAS de LIBERTY MUTUAL C. A. RIF: J-00038923-3.

Inscrita en la Superintendencia de la Actividad Aseguradora del Ministerio del Poder Popular para la Economía y Finanzas bajo el No. 13. Aprobado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante Oficio N° 0009482 de fecha 23 de octubre de 2006 y Oficio N° 00009932 de fecha 4 de agosto de 2009.