

Casco **Responsabilidad Civil, Accidentes Terrestres y Asistencia Vial**

I. Datos del Tomador

Nombres y Apellidos / Razón Social: _____ C.I. / Pasaporte: _____
V E

RIF: _____

Lugar y fecha de nacimiento: _____ Sexo: M F

Estado civil: C S V D Otro _____

Ingreso anual (en U.T.): Menor a 3.500 Entre 3.501 y 6.500 Mayor a 6.501

Actividad económica: _____ Especifique el Ramo: _____

Descripción de la actividad: Independiente Dependiente Societaria Otro _____

Profesión: _____ Ocupación: _____

Lugar donde trabaja: _____

¿Usted se dedica habitualmente a la comercialización directa o indirecta de Criptoactivos y/o Criptoactivos Soberanos? Si No

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: _____

Dirección de Oficina

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

Productos y/o servicios que ofrece: _____

Utilidad del ejercicio inmediatamente anterior: _____

Patrimonio según el último estado de resultados o estado de ganancias y pérdidas: _____

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

Tomador Asegurado

II. Datos del Representante Legal

Nombres y Apellidos / Razón Social: _____

C.I. / Pasaporte: _____

V E

RIF: _____

Lugar y fecha de nacimiento: _____

Sexo: M F

Estado civil: C S V D Otro

Ingreso anual (en U.T.): Menor a 3.500 Entre 3.501 y 6.500 Mayor a 6.501

Actividad económica: _____ Especifique el Ramo: _____

Descripción de la actividad: Independiente Dependiente Societaria Otro _____

Profesión: _____ Ocupación: _____

Lugar donde trabaja: _____

¿Usted se dedica habitualmente a la comercialización directa o indirecta de Criptoactivos y/o Criptoactivos Soberanos? Si No

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: _____

III. Datos del propuesto Asegurado Titular

Nombres y Apellidos / Razón Social: _____ C.I. / Pasaporte: _____
 V E

RIF: _____

Lugar y fecha de nacimiento: _____ Sexo: M F

Estado civil: C S V D Otro

Ingreso anual (en U.T.): Menor a 3.500 Entre 3.501 y 6.500 Mayor a 6.501

Actividad económica: _____ Especifique el Ramo: _____

Descripción de la actividad: Independiente Dependiente Societaria Otro _____

Profesión: _____ Ocupación: _____

Lugar donde trabaja: _____

¿Usted se dedica habitualmente a la comercialización directa o indirecta de Criptoactivos y/o Criptoactivos Soberanos? Si No

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 Oficina

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: _____

IV. Vigencia del Seguro

Desde: _____

Hasta: _____

V. 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

VI. Coberturas Solicitadas

Automóvil - Casco

Sumas Aseguradas

- Amplia _____
- Amplia con deducible (%) _____
- Amplia plan familiar _____
- Pérdida total _____
- Indemnización diaria _____

Accesorios

- Radio / Reproductor / CD _____
- Aire acondicionado _____
- Otro: _____ _____

Combinado Automóvil

Sumas Aseguradas

- RCV básica _____
- Asistencia legal y defensa penal _____
- Exceso de límite _____

Asistencia Vial Plus Para ti

Accidentes Terrestres

Conductor Pasajeros Ayudantes

Cobertura

Sumas Aseguradas

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

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

VII. Intermediario(s)

Apellidos y nombres	Código	% Participación	Firma

VIII. Declaraciones

En mi carácter de solicitante de la póliza o en representación de este, declaro que la información aquí suministrada es exacta, sin omisión alguna de detalle, hecho o circunstancia.

Yo, _____, C.I. No. _____, doy fe que el dinero utilizado para el pago de la Prima de la propuesta póliza y las que de esta se deriven, 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 la Administración de Riesgos de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo y Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva en la Actividad Aseguradora", publicada en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 42.128, de fecha 17 de mayo de 2021.

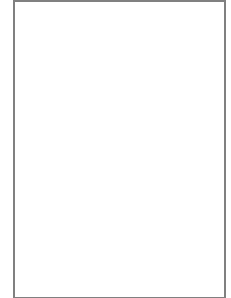
Lugar: _____ Fecha: ____/____/____

Firma del Tomador: _____

Firma del Asegurado: _____



Huella dactilar Tomador
(Pulgar derecho)



Huella dactilar Asegurado
(Pulgar derecho)

SEGUROS CARACAS, 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 Providencia N° FSA-1-1-0579 de fecha 23 de Noviembre de 2022"**.