



C.A. de Seguros
**AMERICAN
INTERNATIONAL**

Inscrita en la Superintendencia de Seguros bajo el N° 66

**SOLICITUD DE SEGUROS PARA
VEHICULOS TERRESTRES
AUTO PLUS**

Fecha Solicitud

N° Solicitud

DATOS DEL SOLICITANTE

| | | | | | |
|---|---------------|--|---|---------------------|------------------|
| C.I. o N°.R.I.F. | | Apellidos y Nombres o Razón Social: | | | |
| Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | Estado Civil: | | Fecha de Nacimiento o registro Cía.: __/__/____ | | |
| Profesión / Actividad Económica: | | Ocupación actual, labores y tiempo en el cargo | | Ingreso mensual: | |
| Nombre del Patrono / Compañía | | Dirección E-mail (Trabajo): | | Teléfono (Trabajo): | |
| Dirección de Trabajo: | | | | | |
| Estado | Ciudad | Cód. Postal: | Teléfono (Habitación): | N° Celular: | N° NIT: |
| Dirección de Habitación: | | | Dirección E-mail | | Grupo Económico: |

DATOS DEL VEHICULO

| | | | | | | | |
|--|-------|----------------|--|--|---|-----------|--|
| Serial de Carrocería | | Placas N° | | Serial del Motor | | Cilindros | |
| Año | Marca | Modelo | Color | Peso Kg. | Capacidad de Pasajeros y/o Carga | | |
| Clase de Vehículo <input type="checkbox"/> Particulares <input type="checkbox"/> Carga <input type="checkbox"/> Tracción Sangre <input type="checkbox"/> Autobuses <input type="checkbox"/> Otras máquinas <input type="checkbox"/> Minibuses <input type="checkbox"/> Otros _____ <input type="checkbox"/> Vehículos Rutas Foráneas <input type="checkbox"/> Vehículos Rústicos de Doble Tracción <input type="checkbox"/> Motocicletas <input type="checkbox"/> Motocarros | | | Tipo de Carga: <input type="checkbox"/> Material Inflamable <input type="checkbox"/> Material Corrosivo <input type="checkbox"/> Material Tóxico <input type="checkbox"/> Material Explosivo <input type="checkbox"/> Ninguno | | Tipo de Antirrobo: <input type="checkbox"/> Alarma <input type="checkbox"/> Cortacorriente <input type="checkbox"/> Tranca Pedal <input type="checkbox"/> Tranca Palanca <input type="checkbox"/> Llave de paso de Gasolina <input type="checkbox"/> Inmobiliser <input type="checkbox"/> Otros indicar: _____ | | |
| Lugar uso del vehículo <input type="checkbox"/> Urbano <input type="checkbox"/> Extraurbano | | | Estado y Ciudad donde circula | | | | |
| Fecha adquisición del Vehículo | | Grado Licencia | | | Año 1ra Expedición de Licencia | | |
| Pertenece a cuerpos policiales, bomberos, empresas de vigilancia o transporte de dinero: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | | | Uso del vehículo <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Comercial | | | |
| Tiempo aproximado del domicilio al centro de trabajo: <input type="checkbox"/> < 15 minutos <input type="checkbox"/> Entre 15 y 45 minutos <input type="checkbox"/> > 45 minutos <input type="checkbox"/> Actividades propias de la actividad o Prof. | | | | | | | |
| Indicar si el Vehículo está asegurado actualmente <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Si lo está o lo estuvo en que compañía(s) e indicar N° de Póliza(s) | | | | | | | |

COBERTURAS Y MONTOS (Todas las coberturas son opcionales a petición del cliente)

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> COBERTURA AMPLIA <input type="checkbox"/> PERDIDA TOTAL | Deducible % <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 (No aplica a Pérdida Total) |
| Valor vehículo Bs. | Tipo de Vehículo : <input type="checkbox"/> Sedan <input type="checkbox"/> Coupé <input type="checkbox"/> Rústico <input type="checkbox"/> Pick-Up <input type="checkbox"/> Carga <input type="checkbox"/> Chuto <input type="checkbox"/> Batea <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

| Cobertura | Suma Asegurada |
|----------------------|----------------|
| Motín | |
| Indemnización Diaria | |
| Radio | |
| Radio Reproductor | |
| Aire Acondicionado | |
| Rines | |
| Otros | |
| RCV Básica | |
| Exceso de Límite | |
| Defensa Penal | |
| R.C. ante pasajeros | |
| Plan A.P.O.V. | |
| Asistencia InterVial | |

Plan Accidentes Personales Ocupantes de Vehículos

| VEHICULOS PARTICULARES (5 puestos) | | VEHICULOS DE CARGA (3 puestos) | |
|------------------------------------|---------------|--------------------------------|--|
| Coberturas | Límite máximo | Límite máximo | Otros indique: |
| Conductor: Muerte | | | <u>PARTICULARES</u> N° PASAJEROS _____ |
| Conductor: Incapacidad | | | |
| Conductor: Gastos Médicos | | | |
| Pasajeros: Muerte | | | <u>CARGA</u> N° PASAJEROS _____ |
| Pasajeros: Incapacidad | | | |
| Pasajeros: Gastos Médicos C/U | | | |

En caso de que el Vehículo a asegurar no pertenezca a una Persona Natural, favor adjuntar los siguientes datos de choferes:

| Chofer | Fecha de Nacimiento | Sexo | Edo. Civil | Grado de Licencia |
|--------|---------------------|------|------------|-------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Dé detalles de todos y cada uno de los accidentes que Ud. o su Chofer hayan tenido en este o en cualquier otro vehículo durante los últimos 2 años.

Indique donde estaciona o pernocta usualmente el vehículo: _____
 Cuando Ud. se encuentra en su sitio de trabajo: _____
 Cuando Ud. se encuentra en su residencia: _____

| En caso de que el vehículo sea de carga indique: a) Recorrido regular _____ b) Tipo de Carga _____ | | Forma de Pago: <input type="checkbox"/> Contado Tarjeta N° _____ <input type="checkbox"/> Master Card <input type="checkbox"/> Visa | |
|---|------|---|---|
| Indicar las personas que pueden conducir el vehículo y su edad: | | | |
| PERSONAS | EDAD | VIVE EN LA CASA DEL ASEGURADO | Depende económicamente del Asegurado o Contratante |
| Propietario o Asegurado | | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Cónyuge | | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Hijo(s) | | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Chofer | | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Con respecto al vehículo. Alguna Compañía ha? (Dar detalles en caso de que la respuesta sea afirmativa) | | | |
| a) Rechazado cualquier propuesta suya? | | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO _____ | |
| b) Denegado la continuación de cualquier seguro? | | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO _____ | |
| c) Cancelado cualquier póliza suya? | | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO _____ | |
| Información Adicional | | | |
| El asegurado vive en: <input type="checkbox"/> Apartamento <input type="checkbox"/> Quinta <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____ <input type="checkbox"/> Propio <input type="checkbox"/> Alquilado | | | |
| Actualmente posee usted una Póliza del Hogar? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | | |
| Desea contratar usted una Póliza de Hogar? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO (Si su respuesta es afirmativa, debe llenar y firmar la Solicitud que a tal efecto le suministre la Compañía de Seguros) | | | |

Yo, _____, titular de la cédula de identidad N° _____, en mi carácter de _____, declaro que la información proporcionada en la presente solicitud, que formará parte integrante de la (s) póliza (s) en trámites de emisión, es enteramente conforme a la verdad y que no he hecho omisiones ni ocultado intencionalmente información necesaria para la correcta apreciación del riesgo. Entiendo que C.A. de Seguros American International puede renunciar a efectuar inspecciones y avalúos únicamente por confiar en mi declaración, por consiguiente cualquier falta de veracidad en la misma es causal de nulidad de la póliza de acuerdo con lo establecido en el artículo 23 de la Ley de Contrato de Seguros. Asimismo, convengo que la póliza solicitada entrará en vigencia en la fecha indicada en el Cuadro de la Póliza, siempre que esta solicitud haya sido aceptada por C.A. de Seguros American International y se haya pagado la prima en la fecha de su exigibilidad. De igual forma, declaro que el dinero utilizado para el pago de la prima de la Póliza a suscribir proviene de una fuente lícita por lo tanto no tiene relación alguna con dinero, capitales, bienes, haberes, valores o títulos, producto de las actividades a que se refiere el artículo 37 de la Ley Orgánica sobre Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas, conforme a lo dispuesto en el Parágrafo Único, artículo 4, Título I de las "Normas sobre Prevención, Control y Fiscalización de las Operaciones de Seguros y Reaseguros para Evitar la Legitimación de Capitales", publicadas en la Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 5.431 Extraordinario de fecha siete (7) de enero de 2000".

Firmado en _____ el día _____ del mes de _____ del año _____

Firma del Solicitante o Representante Legal
C.I. N° _____

Firma del Productor de Seguros
Código N° _____