

Solicitud de Seguro No.
Automóvil
Casco

No. de Póliza : _____

Solicitante

Apellidos : _____

Dirección de Cobro : _____

Nombres : _____

Estado : _____ Ciudad : _____

Cédula de Identidad / RIF. : _____

Zona Postal : _____

Sexo : Femenino Masculino

Teléfonos : _____

Estado Civil: Soltero Casado Viudo Divorciado

Fax: _____

Fecha de Nacimiento : _____

Relación con Seguros Caracas: _____

Actividad Económica : _____

Código: _____

Dirección Habitación : _____

Grupo Económico a que pertenece : _____

Estado : _____ Ciudad : _____

Código Dependencia : _____

Localidad : _____

Vigencia del Seguro

Desde : ____ / ____ / ____

Hasta : ____ / ____ / ____

Bien Asegurar

Placa: _____

Número de Pasajeros : _____

Serial Carrocería: _____

Uso del Vehículo : _____

Serial del Motor: _____

Tipo de Carga: _____

Número de Cilindros: _____

Grupo: _____

Marca: _____

Uso habitual del Vehículo : Urbano Extraurbano

Modelo: _____

Lugar donde usa el Vehículo : Ciudad: _____

Año: _____ Color: _____

Estado: _____

Clase: _____

Tiempo de Uso Diario : _____ Minutos

Tipo de Vehículo: _____

Usado por: Propietario Chofer Hijos Conyugue Otros

Automático Sincrónico

Grado de Licencia: Segunda Tercera Cuarta Quinta Título

Peso en Kilogramos: _____ Cantidad de Toneladas : _____

Experiencia: _____

Años

COBERTURAS SELECCIONADAS		SUMAS ASEGURADAS		
Automóvil - Casco	DEDUCIBLE			
	%	Monto		
Amplia <input type="checkbox"/>				
Pérdida Total <input type="checkbox"/>				
Radio				
Radio Reproductor				
Aire Acondicionado				
Indemnización Diaria por Robo				
Indemnización Diaria por Pérdida Total				
Combinado Automóvil <input type="checkbox"/> Básica				
<input type="checkbox"/> Asistencia Legal y Defensa Penal				
<input type="checkbox"/> Exceso Limite				
Accidentes Terrestres	CONDUCTOR	PASAJEROS <input type="checkbox"/>	AYUDANTES <input type="checkbox"/>	
Muerte				
Invalidez				
Gastos de Curación				
Gastos de Entierro				
Proviajero <input type="checkbox"/> Asistencia a Personas y Vehículos				

Productor

Código	Firma

Datos a ser llenados por la Empresa:

Solicitud con Trámite: Si No.

Tipo de Trámite: _____

Número de Trámite: _____

Fecha de Trámite: _____

Tipo de Contrato: Directo sin Coaseguro

Directo con Coaseguro Cedido Reaseguro Aceptado

Tipo de Moneda: _____

Sucursal de Cobro: _____

Zona de Cobro: _____

Conducto de Cobro: _____

Descuentos y Recargos:

Tipo	Código	Descripción	Porcentaje

Suscriptor: _____

Fecha Suscripción: _____

Código de Reparto: _____

Lugar: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

Firma del Solicitante