

Datos del Solicitante / Tomador
Datos de Identificación: Persona Natural

| | | | | | | |
|---|--|---|--------------|--------------------------|----------------------|--|
| No. CI/ Pasaporte: | | Nacionalidad: <input type="checkbox"/> Venezolana <input type="checkbox"/> Extranjera <input type="checkbox"/> No residente <input type="checkbox"/> Pasaporte | | | | |
| 1er. Apellido: | | 2do. Apellido: | | Apellido de Casada: | | |
| 1er. Nombre: | | | 2do. Nombre: | | | |
| Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | | Estado Civil: <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Otro | | | Fecha de Nacimiento: | |
| Actividad Económica: <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Profesional | | Profesión: | | Ocupación (Especifique): | | |

Datos de Identificación: Persona Jurídica

| | | | | | |
|--|--|-------------|--|-------------|--|
| Tipo de Persona: <input type="checkbox"/> Jurídica <input type="checkbox"/> Gubernamental | | No. de RIF: | | No. de NIT: | |
| Denominación de la Razón Social: | | | | | |
| Siglas / Nombre Comercial: | | | | | |

| Datos del Registro Mercantil | | | Nombre del Registro | Circunscripción Judicial |
|---|--------|-------|---------------------|--------------------------|
| Tomo | Número | Fecha | | |
| | | | | |
| Actividad Económica: <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Gubernamental | | | Especifique: | |

Ingreso y Patrimonio: Persona Natural y Persona Jurídica

| | | |
|------------------------|---|---|
| Ingreso Anual (en Bs.) | <input type="checkbox"/> Menor a 30.000.000,00 | <input type="checkbox"/> Igual o mayor a 30.000.000,00 |
| Patrimonio (en Bs.) | <input type="checkbox"/> Menor a 100.000.000,00 | <input type="checkbox"/> Igual o mayor a 100.000.000,00 |

Dirección de Habitación: Persona Natural / Dirección de Empresa: Persona Jurídica

| | | | | | |
|--|--|------------------------|--|------------------------|--|
| País: | | Estado: | | Ciudad: | |
| Municipio: | | Urbanización: | | Av/ Calle /Transv.: | |
| CC/ Edif/ Torre /Casa / Quinta /Local: | | | | Piso No. /Nivel: | |
| Telf. (Cód.) No.: | | Telf. Cel. (Cód.) No.: | | Otro Telf. (Cód.) No.: | |
| E-mail 1: | | E-mail 2: | | | |
| Dirección de Cobro (especifique): | | | | | |

Datos de la Póliza

| | | | |
|---|--|--------------------|--|
| Tipo de Póliza: <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Colectiva | | No. de Inspección: | |
|---|--|--------------------|--|

Datos del Vehículo

| | | | | | | | |
|---|--|-------------------|--|--------------------------------|--|--|--|
| No. de Placa: | | Marca: | | Modelo: | | Año: | |
| Serial de Carrocería: | | Serial del Motor: | | No. Certificado de Origen: | | Certif. Registro de Vehículo (Título): | |
| Tipo: | | No. Puestos: | | Peso (Kg.) / o Capacidad (TM): | | ¿Vehículo Nuevo?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| Importado: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | Color Principal: | | Color Secundario: | | | |

SEGUROS MERCANTIL C.A. - Capital suscrito y pagado Bs. 17.033.082.000,00 - RIF: J-000901805 - NIT: 00000-185-6-2. Inserta en el Registro Mercantil Primero de la Circunscripción Judicial del Distrito Federal y Estado Miranda, el 20-02-1974, bajo el No. 66 Tomo 7 - A, e inscrita en la Superintendencia de Seguros del Ministerio de Finanzas bajo el N° 74. Miembro de la Cámara de Aseguradores de Venezuela N° 74. Dirección: Av. Libertador con Av. Isalaías "Látigo" Chávez, Chacao, Z.P. 1060, Caracas - Venezuela. Telf. (0212) 276.2000. Fax: (0212) 276.2001. Apartado 61.618 (del Este) Z.P. 1060, Dirección Cable "Censeca", Télex 24119. Dirección Internet: www.segurosmercantil.com

Información Sobre el Uso del VehículoEl vehículo es de Carga: Sí No En caso afirmativo especifique mercancía(s) que transporta:

Estado (lugar) uso habitual del vehículo:

Conductor Habitual del Vehículo: Propietario Cónyuge Hijo Chofer Otro (especifique):

Tiempo aproximado de su residencia a su lugar de trabajo (estimado en horas)

El Estacionamiento del vehículo es:

Diurno en: Privado Público En la vía públicaNocturno en: Privado Público En la vía pública**Dispositivos de Seguridad** Alarma Bóveda Tranca Palanca Tranca Pedales Otros (especifique):**Otros Seguros Sobre el Vehículo y Experiencia con Otras Pólizas**

Compañía de Seguros:

No. de Póliza:

Cantidad de Siniestros Reportados:

¿Alguna vez le han anulado una póliza de seguro de vehículo? Sí No¿Le han impuesto condiciones especiales para ser asegurado? Sí No

Especifique:

Coberturas Solicitadas**Responsabilidad Civil de Vehículos****Accidentes Personales Ocupantes de Vehículos**

| Cobertura | Suma Asegurada | Cobertura | Suma Asegurada |
|---|----------------|--|----------------|
| <input type="checkbox"/> Básica | | <input type="checkbox"/> Muerte Accidental | |
| <input type="checkbox"/> Exceso de Límite | | <input type="checkbox"/> Invalidez Permanente | |
| <input type="checkbox"/> Asistencia Legal y Defensa Penal | | <input type="checkbox"/> Gastos Médicos | |
| <input type="checkbox"/> Asistencia en Viaje | | <input type="checkbox"/> Beneficios Funerarios | |

Otras Coberturas (Seguro de Casco de Vehículos Terrestres)

| Cobertura | Suma Asegurada | Cobertura | Suma Asegurada |
|---|----------------|---|----------------|
| <input type="checkbox"/> Amplia sin deducible | | <input type="checkbox"/> Amplia con Deducible de: | |
| <input type="checkbox"/> Pérdida Total | | | |

Accesorios No Originales (Cobertura Sustracción Ilegítima de Accesorios)Cobertura Deseada de Accesorios: Por sustracción Ilegítima Por Pérdida Total del Vehículo Ambos

| Descripción del Accesorio | Suma Asegurada | Descripción del Accesorio | Suma Asegurada |
|--|----------------|---|----------------|
| <input type="checkbox"/> Radio Reproductor | | <input type="checkbox"/> Tazas Especiales | |
| <input type="checkbox"/> Radio CD | | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> Rockola | | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> Rines Especiales | | <input type="checkbox"/> | |

Beneficiario Preferencial

No. Cédula de Identidad / No. RIF

Apellidos Nombres / Denominación Razón Social

Declaración del Solicitante

Doy fe de que el dinero utilizado para el pago de prima de la póliza, bien sea en efectivo, divisas, cheques, transferencias, bonos, etc., proviene de operaciones lícitas, realizadas con estricta observación a la Legislación Nacional y por lo tanto, no tiene relación alguna con bienes, haberes, valores, títulos, capitales o sus excedentes, producto de las actividades o acciones a que se refiere el artículo 37 de la Ley Orgánica sobre Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas.

Declaro (amos) (en nombre de mi representado) bajo juramento que la información suministrada es exacta, sin omisión de ningún detalle, hecho o circunstancia con el propósito de disminuir o aminorar la gravedad del riesgo o con la intención de cambiar su objeto. Autorizo (amos) la verificación de la misma, así como a suministrar información a terceros para fines de evaluación de riesgo. Queda entendido que la presente solicitud no otorga cobertura provisional, ni implica compromiso de aceptar la cotización de El Asegurador.

Apellidos y Nombres:

Firma Tomador:

Nº de C.I./R.I.F.:

Lugar y Fecha:

Intermediario:

Apellidos y Nombres:

Código:

Aprobada por la Superintendencia de Seguros mediante Oficio N° 7638 de fecha 13 de septiembre de 2004.