

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL TOMADOR
PERSONA NATURAL

C. I. / Pasaporte	Rif	Nacionalidad	Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Apellidos		Nombres	
Lugar y Fecha de Nacimiento	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Otro	Profesión u Oficio	
Actividad Económica <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> Comerciante	Especifique	Ingreso Anual Bs.	

PERSONA JURÍDICA

Tipo de Persona <input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Privada	Rif	Razón Social	Nombre Comercial
Fecha Constitución	Nombre del Registro Mercantil	Nº Registro	Nº Tomo
Productos o Servicios que Ofrece:		Ingreso Promedio Anual Bs.	Representante Legal: Nombres Apellidos C.I.
Actividad Económica <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Industrial			

DIRECCIÓN DE HABITACIÓN (PERSONA NATURAL) / DIRECCIÓN DE EMPRESA (PERSONA JURÍDICA)

País	Estado	Ciudad	Municipio	Parroquia
Urbanización	Av./Calle/Transversal	C. Comercial/Edificio/Local/Casa	Piso	Of./Apto.
Teléfono 1 (Cód. y Nº)	Teléfono 2 (Cód. y Nº)	Teléfono Celular	Zona Postal	E-mail
Teléfono 3 (Cód. y Nº)				

DIRECCIÓN Y TELÉFONO DE TRABAJO (PERSONA NATURAL)
DIRECCIÓN DE COBRO

 SI ES IGUAL A LA DIRECCIÓN DE HABITACIÓN O EMPRESA INDICAR:

País	Estado	Ciudad	Municipio	Parroquia
Urbanización	Av./Calle/Transversal	Centro Comercial/Edificio/Local/Casa	Piso	Of./Apto.
Teléfono 1 (Cód. y Nº)	Teléfono 2 (Cód. y Nº)	Teléfono 3 (Cód. y Nº)	Teléfono Celular	

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO TITULAR
PERSONA NATURAL

 SI EL ASEGURADO ES LA MISMA PERSONA QUE EL TOMADOR INDICAR:

C. I. / Pasaporte	Rif	Nacionalidad	Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Apellidos
Nombres		Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Otro	Lugar y Fecha de Nacimiento	
Profesión u Oficio	Actividad Económica <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> Comerciante	Especifique	Ingreso Anual Bs.	

PERSONA JURÍDICA

 SI EL ASEGURADO ES LA MISMA PERSONA QUE EL TOMADOR INDICAR:

Tipo de Persona <input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Privada	Rif	Razón Social	Nombre Comercial
Fecha Constitución	Nombre del Registro Mercantil	Nº Registro	Nº Tomo
Productos o Servicios que Ofrece:		Ingreso Promedio Anual Bs.	Representante Legal: Nombres Apellidos C.I.
Actividad Económica <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Industrial			

DIRECCIÓN DE HABITACIÓN (NATURAL) Ó DIRECCIÓN DE EMPRESA (JURÍDICA)

 SI ES IGUAL A LA DIRECCIÓN DEL TOMADOR INDICAR:

País	Estado	Ciudad	Municipio	Parroquia
Urbanización	Av./Calle/Transversal	C. Comercial/Edificio/Local/Casa	Piso	Of./Apto.
Teléfono 2 (Cód. y Nº)	Teléfono 3 (Cód. y Nº)	Teléfono Celular	Zona Postal	E-mail
Teléfono 1 (Cód. y Nº)				

BENEFICIARIO PREFERENCIAL

C. I. / Rif

Apellidos y Nombres / Razón Social

CONDUCTOR HABITUAL DEL VEHÍCULO

SI ES IGUAL AL TOMADOR INDICAR: SI ES IGUAL AL ASEGURADO INDICAR:

El vehículo es conducido normalmente por :

 Propietario Hijos Cónyuge Chofer Otros. Especifique:

C. I. / Pasaporte

Apellidos

Nombres

Fecha de Nacimiento

Estado Civil

 Soltero Casado Divorciado Viudo Otro

Sexo

 F M

Profesión u Oficio

Grado de Licencia

Actividad Económica

 Empleado Independiente Socio Comerciante

Especifique

Teléfonos

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL VEHÍCULO

CARACTERÍSTICAS

Placas

Marca

Modelo

Versión

Año

Kilometraje

Cilindros

Transmisión

 Automática Sincrónica Secuencial

Nº Puestos

Peso (Kgs.) o Capacidad (TM)

Color

Serial de Motor

Serial de Carrocería

Importado

 Si No

Nuevo de Agencia

 Si No

Clase

Tipo

Uso

Certificado de Origen Nº

Certificado de Registro de Vehículo (Título)

Dispositivos de Seguridad

 Alarma Tranca Palanca Tranca Pedales Otros (Especifique):

Posee Aditamento:

Si No En caso de ser afirmativo indicar cual:

Posee Blindaje:

Si No En caso de ser afirmativo indicar el Nivel:

USO DEL VEHÍCULO

Lugar de uso habitual del vehículo

Tiempo aprox. de su domicilio al trabajo

Ruta

 Urbana Extraurbana

Vehículos de Alquiler

 Con Chofer Sin Chofer

Vehículos Rústicos

 Doble Tracción (4x4) Sport Wagon (4x2)

Motocicletas

 Paseo Deporte Trabajo

Vehículos de Carga

Tipo de mercancía que transporta:

¿La mercancía es inflamable o explosiva?

 Si No

Vehículos Colectivos

 Privado Público Turismo Escolar Transporte Personal

El vehículo pertenece o es utilizado por:

 Bomberos Empresa de Vigilancia Policía Servicio de Ambulancia Transporte de Dinero Transporte de Valores

Estacionamiento del vehículo

Diurno: Residencia Privado Público Vía PúblicaNocturno: Residencia Privado Público Vía Pública

COBERTURAS SOLICITADAS

COBERTURAS BÁSICAS:

Cobertura	Suma Asegurada Bs.	Cobertura	Suma Asegurada Bs./Deducible
<input type="checkbox"/> Cobertura Amplia		<input type="checkbox"/> Impactos al Vehículo	
<input type="checkbox"/> Pérdida Total		<input type="checkbox"/> Impacto Estacionado	
<input type="checkbox"/> Pérdida Total por Robo		<input type="checkbox"/> Encunetamiento, Volcamiento e Incendio	
<input type="checkbox"/> Pérdida Total por Accidente		<input type="checkbox"/> Eventos Externos al Vehículo	
<input type="checkbox"/> Rotura de Vidrios		<input type="checkbox"/> Daños Maliciosos	
<input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil de Vehículos		<input type="checkbox"/> Deducible	

COBERTURAS OPCIONALES:

Cobertura	Suma Asegurada Bs.	En caso de Asegurar Accesorios:	Suma Asegurada Bs.
<input type="checkbox"/> Accesorios no Originales		<input type="checkbox"/> Radio Reproductor	
<input type="checkbox"/> Motín y Disturbios Callejeros		<input type="checkbox"/> Rines Especiales	
<input type="checkbox"/> Eventos Catastróficos		<input type="checkbox"/> Spoiler	
<input type="checkbox"/> Indemnización Diaria por Pérdida Total		<input type="checkbox"/> Pantalla LCD para DVD	
<input type="checkbox"/> Exceso de Límite de RCV		<input type="checkbox"/> Otros:	
<input type="checkbox"/> Defensa Penal			
<input type="checkbox"/> Aditamento			
<input type="checkbox"/> Blindaje			
<input type="checkbox"/> Servicio de Asistencia en Viaje (Grúa)			
<input type="checkbox"/> Servicio Odontológico y Oftalmológico			
<input type="checkbox"/> Servicio Fisioterapia y Psicología			

Accidentes Personales Ocupantes de Vehículos: Muerte Accidental Gastos Médicos Invalidez Permanente Gastos Funerarios

Las coberturas opcionales no son de obligatoria contratación de parte del Tomador o Asegurado, quien escogerá libremente cualquiera de ellas mediante el pago de la prima adicional.

SEGUROS DE VEHÍCULOS EN OTRAS COMPAÑÍAS ASEGURADORAS¿Ha tenido o posee otra Póliza de Seguro sobre este vehículo? Sí NoSe encuentra vigente? Sí No

Indique la Compañía de Seguros:

N° de Póliza:

Ha sufrido siniestros? Especifique que tipo de siniestro y fecha incluyendo si es Pérdida Total:

AUTORIZACIONES**PAGO POR TRANSFERENCIA A CUENTA BANCARIA**

Autorizo a Seguros Universitas, C.A. a que efectúe los pagos a mi favor, directamente a mi cuenta bancaria y acepto expresamente las condiciones de pago establecidas por las instituciones financieras y las abajo mencionadas:

Datos Cuenta Bancaria Asegurado TitularTipo de Cuenta: Corriente Ahorro Otra Especifique

Nombre del Banco

Número de Cuenta

Condiciones

1. No se efectuarán pagos en aquellos casos donde el número de Registro de Información Fiscal (RIF) y/o Cédula de identidad o Pasaporte no coincida con los registrados en Seguros Universitas, C.A. para el asegurado titular de la póliza.
2. Si el asegurado titular decide cancelar o dejar de utilizar la cuenta bancaria a través de la cual se le transfieren sus pagos, deberá informarlo por escrito con cinco (5) días de anticipación a Seguros Universitas, C.A., notificando la nueva cuenta a la cual se deberán efectuar sus abonos.
3. Las transferencias realizadas que resulten en rechazos por parte del banco, bien sea por cuentas bancarias cerradas o con datos erróneos o cualquier otra causa imputable al solicitante, se corregirán luego de recibida la conformación del referido rechazo de la transacción bancaria.
4. Con el abono definitivo realizado en la cuenta bancaria que el solicitante ha suministrado en la presente planilla, libera a Seguros Universitas, C.A. de cualquier reclamo que tenga en la relación entre ésta y el solicitante.
5. No se podrán domiciliar pagos a cuentas de Firmas conjuntas.
6. No se aceptarán planillas con tachaduras o enmendadura.

DECLARACIÓN

Declaro que he leído cuidadosa y totalmente las preguntas formuladas, y doy fe que la información y respuestas por mí proporcionadas, son verdaderas, completas y exactas en todas sus partes, sin haber incurrido en omisión o reticencia alguna que pueda modificar la opinión de Seguros Universitas, C.A., en cuanto a la aceptación del riesgo a correr por el seguro solicitado. Declaro conocer las Condiciones Generales y Particulares, Anexos de contratación, así como los límites de cobertura presentes en la póliza a emitir.

Autorizo la verificación de la información aquí suministrada, así como proporcionar información a terceros, para fines de evaluación del riesgo.

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, valores o títulos producto de las actividades o acciones derivadas de operaciones ilícitas previstas en las Normas sobre Prevención, Control y Fiscalización de los Delitos de Legitimación de Capitales y el Financiamiento al Terrorista, en la Actividad Aseguradora.

Lugar y Fecha:



Firma Asegurado Titular
C.I.:
Rif:

Pulgar Derecho
o en su defecto,
de la mano
izquierda



Firma Tomador
C.I.:
Rif:

Pulgar Derecho
o en su defecto,
de la mano
izquierda

Nombre y Apellido de Intermediario	C.I	Código	Firma