

1 Datos de Tomador / Propuesto Asegurado

N° de Cédula o RIF.		Apellidos Nombres / Razón Social			
Fecha de Nacimiento	Sexo		Estado Civil	Nacionalidad	Profesión
	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>			
Dirección de habitación					
Estado	Ciudad		Teléfono	Celular	E-mail
Ocupación / Actividad Económica		Lugar de Trabajo		Teléfono	E-mail
Dirección de Trabajo					
Descripción de la Actividad Económica			Ingreso Promedio Anual		

2 Datos del Representante Legal si se Trata de Persona Jurídica

N° de Cédula		Apellidos y Nombres			
Fecha de Nacimiento	Sexo		Estado Civil	Nacionalidad	Profesión
	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>			
Dirección de Habitación					
Estado	Ciudad		Teléfono	Celular	E-mail
Cargo en la Empresa				Tiempo en la Empresa	
Descripción de la Actividad Económica			Ingreso Promedio Anual		

3 Datos del Propuesto Asegurado si es Diferente al Tomador

N° de Cédula		Apellidos y nombres			
Fecha de Nacimiento	Sexo		Estado Civil	Nacionalidad	Profesión
	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>			
Dirección de Habitación					
Estado	Ciudad		Teléfono	Celular	E-mail
Ocupación / Actividad económica		Lugar de Trabajo		Teléfono	E-mail
Dirección de Trabajo					
Descripción de la Actividad Económica			Ingreso Promedio Anual		

DATOS DEL CONDUCTOR HABITUAL DEL VEHÍCULO (Favor completar sólo si es diferente al Propuesto Asegurado)				
1er. Apellido (o de casada):		2do. Apellido:		
1er. Nombre:		Licencia:	Grado:	1er. Año de expedición:
Relación con el Propuesto Asegurado: <input type="checkbox"/> Propietario <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Chofer <input type="checkbox"/> Otro (especifique):				
V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> C.I.:	F. Nacimiento: / /	Estado Civil: C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> Conc. <input type="checkbox"/>		Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
INFORMACIÓN SOBRE EL VEHÍCULO				
Marca:	Modelo:	Año:	Placas:	Serial Carrocería:
Serial del Motor		Color :	Clase/Tipo	Capacidad de Pasajeros:
Capacidad de Carga (TM):	Fecha Adquisición: / /	Cert. de Origen:	Cert. de Reg. (Título)	
¿El vehículo a asegurar fue adquirido en el mercado secundario (Usado)? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> De ser positiva su respuesta, favor indicar:				
Notaría Pública Nro.:	Nro.(del Documento):	Tomo:	y Fecha: / / del Documento de Compra Venta.	
Beneficiario Preferencial:	¿Tiene reserva de dominio? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	En caso afirmativo, indique el nombre:		
Razón Social:			R.I.F. N°:	
Uso: <input type="checkbox"/> Carga <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Taxi <input type="checkbox"/> Transporte Público Otro:				
Si es Carga, indique: <input type="checkbox"/> Transporta Inflamables o Explosivos <input type="checkbox"/> Transporta Dinero o Valores <input type="checkbox"/> Otro:				
El Vehículo es estacionado durante la Noche en: <input type="checkbox"/> Estacionamiento Privado <input type="checkbox"/> Estacionamiento Público <input type="checkbox"/> Vía Pública				
COBERTURAS SOLICITADAS				
AUTOCASCO		R.C.V.		
COBERTURA	SUMA ASEGURADA (Bs.)	COBERTURA	LÍMITE DE RESPONSABILIDAD (Bs.)	
AMPLIA		BÁSICA		
PÉRDIDA TOTAL		EXCESO DE LÍMITE		
COBERTURA PARA ACCESORIOS NO ORIGINALES	SUMA ASEGURADA (Bs.)	DEFENSA PENAL		
ROBO O HURTO RADIO		VÍA FELIZ	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
ROBO O HURTO REPRODUCTOR DC		COBERTURA POR ACCIDENTES PERSONALES PARA OCUPANTES DEL VEHÍCULO		
ROBO O HURTO RADIO REPRODUCTOR		COBERTURA	SUMA ASEGURADA C/U (Bs.)	
ROBO O HURTO RINES ESPEC. C/U		MUERTE		
ROBO O HURTO AIRE ACONDICIONADO		INVALIDEZ PERMANENTE		
INDEMNIZACIÓN DIARIA POR ROBO (Hasta 60 días)	MONTO DIARIO	GASTOS MÉDICOS		
BOLSAS DE AIRE NO ORIGINALES C/U				
INFORME DEL INTERMEDIARIO:	¿Desde cuándo conoce al Propuesto Asegurado?	Años	Meses	
¿Tiene el Propuesto Asegurado otras pólizas? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		En caso afirmativo, indique el ramo y la empresa de seguros donde las tiene:		
La presente solicitud forma parte integral de la Póliza de Seguro de Vehículo Terrestre.				
DECLARACIÓN DE FE				
El Tomador o su Representante Legal anteriormente identificado en esta solicitud, declaro que la información suministrada es verídica, cierta y libre de omisiones y doy fe que el dinero utilizado para el pago de la prima del presente seguro, proviene de una fuente lícita y no tiene relación alguna con dinero, capitales, bienes, haberes o beneficios derivados de las actividades ilícitas o de los delitos de Legitimación de Capitales, previstos en la "Ley Orgánica Contra la Delincuencia Organizada". Esta solicitud quedará adherida al duplicado de la Póliza que conserve C.A. Seguros Catatumbo y su firma al pie se considerará como estampada en ese duplicado.				
Firma del Tomador / Representante Legal	Huella Dactilar / Pulgar Derecho	Firma del Asegurado	Huella Dactilar / Pulgar Derecho	Firma del Intermediario Código _____
Aprobado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante Oficio N° 005950 de fecha 25 de Julio de 2006.				
Inscrita en el Registro de Comercio que llevó el Juzg. 2do. de 1era. Inst. en lo Civil y Mercantil de la C.J. del Edo. Zulia el 22 de Marzo de 1957, con el N° 119, Tomo 1° y en el Reg. Merc. 1era. de la C.J. del Edo. Zulia, el 27 de Mayo de 1981, con el N° 54, Tomo 12-A.				
Av. 4 (Bella Vista) N° 77-55, Edf. Seguros Catatumbo. Telfs.: (58-261) 7005556. Maracaibo 4001: Estado Zulia – Venezuela / www.seguroscatatumbo.com				