

Datos del Seguro

Tipo de Solicitud: ☒ Emisión ☐ Modificación ☐ Inclusión Fecha de Solicitud: 12/06/2025
 Tipo de Póliza: ☐ Individual ☐ Flota /Colectivo Fecha de Vigencia: Desde: / / Hasta: / /
 Frecuencia de Pago: ☐ Anual ☐ Semestral ☐ Trimestral ☐ Mensual Otra: Sucursal:

Datos del Tomador

Apellido(s) y Nombre(s) / Razón Social: C.I. / Pasaporte / R.I.F.:
 Nacionalidad: Estado Civil: Seleccione Sexo: ☐ M ☐ F
 Lugar de Nacimiento: Fecha de Nacimiento: / / Edad:
 Dirección de Habitación:
 Municipio: Parroquia: Ciudad:
 Estado: Teléfono: Correo Electrónico :
 Dirección de Cobro:
 Estado: Municipio/Parroquia: Ciudad:
 Profesión/Ocupación/Oficio/Actividad Económica: Ingreso Anual (moneda Seleccione):
 Tipo de Actividad: ☐ Socio ☐ Trabajador independiente ☐ Empleado Cargo que desempeña:
 Dirección de la Empresa donde trabaja:
 Nombre de la empresa: Teléfono:
 Indique si el Tomador será el Asegurado Titular: Si ☐ No ☐

Datos del Propuesto Asegurado (Llenar solo si es diferente al Tomador)

Apellido(s) y Nombre(s) / Razón Social: MALAVE ROMERO CARMEN LUISA C.I. / Pasaporte / R.I.F.: V-13221819
 Nacionalidad: VENEZOLANA Estado Civil: Soltero Sexo: ☐ M ☒ F
 Lugar de Nacimiento: MATURIN-MONAGAS Fecha de Nacimiento: 20/05/1976 Edad: 49
 Empresa donde trabaja: LA MUNDIAL DE SEGUROS Fecha de Ingreso: 01/08/2023
 Dirección de la Empresa donde trabaja: AV PRINCIPAL DE LECHERIA, C.C. LA CASCADA Teléfono: 04248153602
 Profesión/Ocupación/Oficio/Actividad Económica: GERENTE DE SUCURSAL Ingreso Anual (moneda Seleccione): 5.000
 Dirección de Habitación: AV. COSTANERA, RESD. BOSQUES DEL REMANSO, APTO 442. BARCELONA. ANZOATEGUI
 Municipio: BOLIVAR Parroquia: SAN CRISTOBAL Ciudad: BARCELONA
 Estado: ANZOATEGUI Teléfono: 04248153602 Correo Electrónico: CARMEN_MALAV@HOTMAIL.COM

Datos del Tomador/Propuesto Asegurado si es Persona Jurídica

Nombre registro mercantil: Nro.: Tomo: Fecha de Constitución: / /
 Naturaleza de la Empresa: ☐ Pública ☐ Privada Objeto o razón social:
 Actividad económica: ☐ Profesional ☐ Comercial ☐ Industrial Especifique:
 Productos y servicios que ofrece: Utilidad del ejercicio económico anterior Patrimonio último estado de resultados
 Dirección de la Empresa:
 Municipio: Parroquia: Ciudad:
 Estado: Teléfono: Correo Electrónico:
 Apellidos y Nombres del Representante Legal: C.I. / Pasaporte:
 Dirección del Representante:
 Estado: Municipio/Parroquia: Ciudad:
 Actividad Económica: Teléfono: Correo Electrónico :

Datos del Vehículo

Nro. Placa: AB624WD Modelo: CARENS Marca: KIA Año: 2009 Clase: AUTOMOVIL
 Nro. Puestos: 7 Peso Kg o Capacidad TM: 1498 Nuevo: Si ☐ No ☒ Kilometraje: 168000
 Serial carrocería: KNAFG521397237223 Serial motor: G4KA8H340811 Nro. Certificado de origen: Certificado de Registro de Vehículo (Título) 33300843
 Color: NEGRO Transmisión: ☐ Sincrónica ☒ Automática Importado: Si ☐ No ☒
 Conductor habitual del vehículo: ☒ Propietario ☐ Conyugue ☐ Hijo ☐ Chofer Otro (especifique):
 ¿El Vehículo es de carga? Si ☐ No ☒ En caso afirmativo especifique mercancía que transporta:
 ¿Transporta material inflamable o explosivos? Si ☐ No ☒ Estado (lugar) de uso habitual del vehículo:
 El estacionamiento del vehículo es: Diurno en: ☒ Privado ☐ Público ☐ Vía pública Nocturno en: ☒ Privado ☐ Público ☐ Vía pública
 Tiempo aproximado de su residencia a su lugar de trabajo (horas):

Dispositivos de Seguridad			
☒ Alarma	☒ Alarma - cortacorriente	☐ Cortacorriente convencional	☐ Sistema Satelital
☐ Tranca palanca	☐ Tranca pedales	☐ Bóveda	Otro (especifique):
Coberturas a Contratar			
Casco de Vehículos Terrestres			
Cobertura Básica	Suma Asegurada (moneda: Seleccione)	Deducible (%)	
Cobertura Amplia ☒	9.500		
Pérdida Total ☐			
Pérdida Parcial ☐			
Motín, Disturbios Populares, Disturbios Laborales y Daños Maliciosos ☒	Riesgos Catastróficos	☒	
Coberturas Opcionales (el Tomador no está obligado a contratarlas)			
Responsabilidad Civil de Vehículos Básica ☒	Indemnización diaria (por robo o hurto)	☒	
Exceso de Límite ☒	Asistencia Legal y Defensa Penal	☒	
Accidentes Personales para Ocupantes	Muerte Accidental Invalidez Total o Parcial Permanente Gastos Médicos y de Farmacia ☒		
Gastos Funerarios (en caso de accidente de tránsito) ☒			
Accesorios (No originales)			
Descripción del Accesorio	Monto (moneda: Seleccione)	Descripción del Accesorio	Monto (moneda: Seleccione)
Aire acondicionado		Rines especiales	
Radio reproductor			
Datos Complementarios			
Nombres y Apellidos/Razón Social del Beneficiario preferencial:			C.I. / Pasaporte / R.I.F.:
¿Existen otros Seguros vigentes sobre el Vehículo? Si ☐ No ☒		Empresa o Cooperativa de Seguros:	
Fecha de vencimiento de la Cobertura: / /		Tipo:	
¿Ha sido rechazada alguna solicitud de emisión de Póliza, renovación o modificación sobre el Vehículo a asegurar en otra Empresa o Cooperativa de Seguros? Si ☐ No ☒ Especifique:			
¿Ha sufrido algún siniestro con anterioridad transitando con el Vehículo? Si ☐ No ☒		Tipo: Elija un elemento.	
Fecha: / /		Monto: Especifique los daños:	
Intermediario(s)			
Apellidos y Nombres	Código	% Participación	Firma
Forma de Pago de la Prima			
Forma de pago: ☐ Cheque ☐ Transferencia ☐ Domiciliación de Cobro Moneda: Seleccione			
Instrumento para domiciliación: ☒ Cuenta Corriente ☐ Cuenta de Ahorro ☐ Tarjeta de Crédito			
Nro. Instrumento:	0	1	3
	4	0	4
	0	1	1
	1	4	0
	1	1	1
	0	3	2
	5	7	
Banco: BANESCO		Fecha de vencimiento de la Tarjeta: / /	
Declaración de Fe			
Yo, CARMEN LUISA MALAVE, como propuesto asegurado, en mi carácter de solicitante de la póliza o en representación de este, declaro que la información aquí suministrada es exacta, sin omisión alguna de detalle, hecho o circunstancia con el propósito de aminorar el riesgo, en el entendido que esta servirá de base a La Mundial C.A. Venezolana de Seguros de Crédito para la emisión de la póliza y el cobro de la prima.			
Yo, _____, en mi carácter de tomador 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 Administración de Riesgo de Legitimación de Capitales, Financiamiento al Terrorismo y Financiamiento de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva en la Actividad Aseguradora.			
Fechado en Ciudad, el 12 de junio de 2025			
Firmas			
Firma y huella dactilar del Tomador	Cédula de Identidad del Tomador	Firma y huella dactilar del Propuesto Asegurado	Cédula de Identidad del Propuesto Asegurado
			