

Datos del Seguro

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

Datos del Tomador

Apellido(s) y Nombre(s) / Razón Social: SEGUROS CAPITAL,C.A.		C.I. / Pasaporte / R.I.F.: J-411730157
Nacionalidad:	Estado Civil: Seleccione	Sexo: ☐ M ☐ F
Lugar de Nacimiento:	Fecha de Nacimiento: dd/mm/aaaa	Edad:
Dirección de Habitación: CALLE EL RETIRO CON AV. VENEZUELA QUINTA MINA URB. EL ROSAL		
Municipio: CHACAO	Parroquia: CHACAO	Ciudad: CARACAS
Estado: MIRANDA	Teléfono: 212-9514656	Correo Electrónico : CRODRIGUEZ@SEGUROS CAPITAL.COM.VE
Dirección de Cobro: CALLE EL RETIRO CON AV. VENEZUELA QUINTA MINA, URB. ERL ROSAL		
Estado: MIRANDA	Municipio/Parroquia: CHACAO	Ciudad: CARACAS
Profesión/Ocupación/Oficio/Actividad Económica: EMPRESA DE SEGUROS		Ingreso Anual (moneda Seleccionar moneda):
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:		C.I. / Pasaporte / R.I.F.:
Nacionalidad:	Estado Civil: Seleccione	Sexo: ☐ M ☐ F
Lugar de Nacimiento:	Fecha de Nacimiento: dd/mm/aaaa	Edad:
Empresa donde trabaja:	Fecha de Ingreso: dd/mm/aaaa	
Dirección de la Empresa donde trabaja:		Teléfono:
Profesión/Ocupación/Oficio/Actividad Económica:		Ingreso Anual (moneda Seleccionar moneda):
Dirección de Habitación:		
Municipio:	Parroquia:	Ciudad:
Estado:	Teléfono:	Correo Electrónico:

Datos del Tomador/Propuesto Asegurado si es Persona Jurídica

Nombre registro mercantil: VSEGUROS CAPITAL,C.A.	Nro.: 27	Tomo: 115A	Fecha de Constitución: 23/7/2018
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	
VENTA DE POLIZAS DE SEGURO			
Dirección de la Empresa: CALLE EL RETIRO CON AV. VENEZUELA QUINTA MINA, URB. EL ROSAL			
Municipio: CHACAO	Parroquia: CHACAO	Ciudad: CARACAS	
Estado: MIRANDA	Teléfono: 212-9514656	Correo Electrónico: CRODRIGUEZ@SEGUROSCAPITAL.COM.VE	
Apellidos y Nombres del Representante Legal: DAVID FRIAS CAÑELLAS		C.I. / Pasaporte: 9957609	
Dirección del Representante: CALLE EL RETIRO CON AV. VENEZUELA, QUINTA MINA, URB. EL ROSAL			
Estado: MIRANDA	Municipio/Parroquia: CHACAO	Ciudad: CARACAS	
Actividad Económica: DIRECTOR	Teléfono: 212-9514656	Correo Electrónico : DFC1207@GMAIL.COM	

Datos del Vehículo

Nro. Placa: A1365LG	Modelo: BRONCO BAD LANDS	Marca: FORD	Año: 2025	Clase: CAMIONETA
Nro. Puestos: 5	Peso Kg o Capacidad TM: 2352	Nuevo: Si ☒ No ☐	Kilometraje:	
Serial carrocería: 1FMEE9BP6SLA51151	Serial motor: SLA51151	Nro. Certificado de origen: 1707826-1	Certificado de Registro de Vehículo (Título)	
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: GRAN CARACAS				
El estacionamiento del vehículo es: Diurno en: ☒ Privado ☐ Público ☐ Vía pública Nocturno en: ☒ Privado ☐ Público ☐ Vía pública				

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:)	Deducible (%)
Cobertura Amplia ☒	103.000	
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:)	Descripción del Accesorio	Monto (moneda:)
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:
 Instrumento para domiciliación: ☐ Cuenta Corriente ☐ Cuenta de Ahorro ☐ Tarjeta de Crédito
 Nro. Instrumento:
 Banco: Fecha de vencimiento de la Tarjeta:

Declaración de Fe

Yo, _____, 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 17 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
	9957609		J-411730151



LA MUNDIAL

RIF. 1000846448

COTIZACION DE AUTOMOVILES S

Producto: LA MUNDIAL DE SEGUROS Moneda: Dólar Sucursal/Oficina:

DATOS DEL SOLICITANTE

Apellido(s) y Nombre(s) o Denominación Social: CIV

SEGURO CAPITAL

DESCRIPCION DEL BIEN A SEGURO

VEHICULO
Marca: FORD Modelo: BRONCO
Año: 2025 Versión: BADLANDS
Peso: 0 Nro. 5
Uso: - Capacidad: -
Blindaje: NO Aditamento: NO
Servicio de Grúa \$: NO

COBERTURAS

Plan: AUTOMOVILES

Coberturas	Deducible		Sumas Aseguradas	Prima Anual
	Monto	%		
Casco			103,000.00	
Cobertura amplia / Motín, Dist. Callejeros / Eventos Catastróficos			103,000.00	2,410.20
			103,000.00	
<u>Responsabilidad Civil de Vehículos</u>				
RCV Basica Cosas			2,000.00	
RCV Basica Personas			2,505.00	
EXCESO DE LIMITES \$			10,000.00	202.25
DEFENSA PENAL \$			1,500.00	
<u>Accidentes Personales Ocupantes de Vehículos</u>				
MUERTE DE CONDUCTOR Y/O OCUPANTES \$			700.00	
INVALIDEZ DE CONDUCTOR Y/O OCUPANTES \$			700.00	
GASTOS MEDICOS \$			210.00	
GASTOS FUNERARIOS \$			700.00	
Membresía Arys Basica				
			Total Prima	2,612.45
			PRORRATA	1,188.13

PLAN DE PAGO APLICABLE

Nombre del plan:	Nro. de Cuotas	Monto de Cuotas
Anual	0	2,612
Trimestral	4	653
Semestral	2	1,306

PRODUCTORES

Nombres y Apellidos: LA MUNDIAL Cod. 0 100%

Por LA Mundial de Seguros, C.A.

Representante Nombre y Apellido:

Firma:

La prima de la presente cotización no incluye el impuesto del 3% de IGFT.

En Caracas 16 de junio de 2025

EMISION DE POLIZA SUJETA A LA INSPECCION SATISFACTORIA DEL VEHICULO POR AÑO DEL MISMO

La presente proposición de seguro se mantendrá en vigencia durante un plazo máximo de quince (15) días continuos contados a partir de la fecha de recepción por parte del solicitante o del productor de seguros, lo que ocurra primero, siempre y cuando el reasegurador mantenga las condiciones, no se hayan modificado las condiciones del riesgo o no se haya evidenciado relicencia o declaraciones falsas del solicitante. Esta Cotización no implica la aceptación del riesgo por parte de la compañía.

Cierre