

| Datos del Seguro                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                         |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Tipo de Solicitud: <input checked="" type="checkbox"/> Emisión <input type="checkbox"/> Modificación <input type="checkbox"/> Inclusión                                                                                                                                   |  | Fecha de Solicitud: dd/mm/aaaa                                                                                                                          |  |
| Tipo de Póliza: <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Flota /Colectivo                                                                                                                                                                             |  | Fecha de Vigencia: Desde: dd/mm/aaaa Hasta: dd/mm/aaaa                                                                                                  |  |
| Frecuencia de Pago: <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Mensual Otra:                                                                                                          |  | Sucursal:                                                                                                                                               |  |
| Datos del Tomador                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                                                         |  |
| Apellido(s) y Nombre(s) / Razón Social: <u>Raul David, Elgueta Cordoba</u>                                                                                                                                                                                                |  | C.I. / Pasaporte / R.I.F.: <u>E 816370895</u>                                                                                                           |  |
| Nacionalidad: <u>Chileno</u>                                                                                                                                                                                                                                              |  | Estado Civil: <u>Seleccione Soltero</u> Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F                                          |  |
| Lugar de Nacimiento: <u>chile</u>                                                                                                                                                                                                                                         |  | Fecha de Nacimiento: <u>04/12/1969</u> Edad: <u>55</u>                                                                                                  |  |
| Dirección de Habitación: <u>Calle prolongación calle 19 Sur casa Nro 95 Urb. Villa Santa</u>                                                                                                                                                                              |  |                                                                                                                                                         |  |
| Municipio: <u>Angol</u>                                                                                                                                                                                                                                                   |  | Parroquia: <u>El Lige</u> Ciudad: <u>El Lige</u>                                                                                                        |  |
| Estado: <u>Angol</u>                                                                                                                                                                                                                                                      |  | Teléfono: <u>Elguetaul@gmail.com</u> Correo Electrónico:                                                                                                |  |
| Dirección de Cobro:                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                         |  |
| Estado:                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | Municipio/Parroquia:                                                                                                                                    |  |
| Profesión/Ocupación/Oficio/Actividad Económica:                                                                                                                                                                                                                           |  | Ingreso Anual (moneda Seleccione):                                                                                                                      |  |
| Tipo de Actividad: <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> Trabajador independiente <input type="checkbox"/> Empleado Cargo que desempeña:                                                                                                                |  |                                                                                                                                                         |  |
| Dirección de la Empresa donde trabaja:                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                                         |  |
| Nombre de la empresa:                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                                                         |  |
| Indique si el Tomador será el Asegurado Titular: Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                         |  |
| 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: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 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 Seleccione):                                                                                                                      |  |
| Dirección de Habitación:                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                                         |  |
| Municipio:                                                                                                                                                                                                                                                                |  | Parroquia:                                                                                                                                              |  |
| Estado:                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | Teléfono:                                                                                                                                               |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | Correo Electrónico:                                                                                                                                     |  |
| Datos del Tomador/Propuesto Asegurado si es Persona Jurídica                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                                                                                         |  |
| Nombre registro mercantil:                                                                                                                                                                                                                                                |  | Nro.: Tomo: Fecha de Constitución: dd/mm/aaaa                                                                                                           |  |
| Naturaleza de la Empresa: <input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Privada                                                                                                                                                                               |  | Objeto o razón social:                                                                                                                                  |  |
| Actividad económica: <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Industrial Especifique:                                                                                                                             |  |                                                                                                                                                         |  |
| Productos y servicios que ofrece:                                                                                                                                                                                                                                         |  | Utilidad del ejercicio económico anterior Patrimonio último estado de resultados                                                                        |  |
| Dirección de la Empresa:                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                                         |  |
| Municipio:                                                                                                                                                                                                                                                                |  | Parroquia:                                                                                                                                              |  |
| Estado:                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | Teléfono:                                                                                                                                               |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | Correo Electrónico:                                                                                                                                     |  |
| Apellidos y Nombres del Representante Legal:                                                                                                                                                                                                                              |  | C.I. / Pasaporte:                                                                                                                                       |  |
| Dirección del Representante:                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                                                                                         |  |
| Estado:                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | Municipio/Parroquia:                                                                                                                                    |  |
| Actividad Económica:                                                                                                                                                                                                                                                      |  | Teléfono:                                                                                                                                               |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | Correo Electrónico:                                                                                                                                     |  |
| Datos del Vehículo                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                         |  |
| Nro. Placa: <u>AA245CH</u>                                                                                                                                                                                                                                                |  | Modelo: <u>Jeep</u> Marca: <u>Grand Cherokee</u> Año: <u>2009</u> Clase: <u>Camioneta</u>                                                               |  |
| Nro. Puestos: <u>3</u>                                                                                                                                                                                                                                                    |  | Peso Kg o Capacidad TM: <u>2187</u> Nuevo: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Kilometraje:                                         |  |
| Serial carrocería: <u>8Y86458P791514824</u>                                                                                                                                                                                                                               |  | Serial motor: <u>8 CIL</u> Nro. Certificado de origen: Certificado de Registro de Vehículo (Título)                                                     |  |
| Color:                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | Transmisión: <input type="checkbox"/> Sincrónica <input type="checkbox"/> Automática Importado: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |  |
| Conductor habitual del vehículo: <input type="checkbox"/> Propietario <input type="checkbox"/> Conyugue <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Chofer Otro (especifique):                                                                                 |  |                                                                                                                                                         |  |
| ¿El Vehículo es de carga? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo especifique mercancía que transporta:                                                                                                                                |  |                                                                                                                                                         |  |
| ¿Transporta material inflamable o explosivos? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Estado (lugar) de uso habitual del vehículo:                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                         |  |
| El estacionamiento del vehículo es: Diurno en: <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Público <input type="checkbox"/> Vía pública Nocturno en: <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Público <input type="checkbox"/> 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<br>(moneda: Seleccione )        | Deducible (%) |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|---------------|
| Cobertura Amplia <input type="checkbox"/>                                                     |                                                |               |
| Pérdida Total <input type="checkbox"/>                                                        |                                                |               |
| Pérdida Parcial <input type="checkbox"/>                                                      |                                                |               |
| Motín, Disturbios Populares, Disturbios Laborales y Daños Maliciosos <input type="checkbox"/> | Riesgos Catastróficos <input type="checkbox"/> |               |

#### Coberturas Opcionales (el Tomador no está obligado a contratarlas)

|                                                                                |                                                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| Responsabilidad Civil de Vehículos Básica <input type="checkbox"/>             | Indemnización diaria (por robo o hurto) <input type="checkbox"/>                          |
| Exceso de Límite <input type="checkbox"/>                                      | Asistencia Legal y Defensa Penal <input type="checkbox"/>                                 |
| Accidentes Personales para Ocupantes <input type="checkbox"/>                  | Muerte Accidental<br>Invalidez Total o Parcial Permanente<br>Gastos Médicos y de Farmacia |
| Gastos Funerarios ( en caso de accidente de tránsito) <input type="checkbox"/> |                                                                                           |

#### 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: dd/mm/aaaa 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: dd/mm/aaaa Monto: Especifique los daños:

#### Intermediario(s)

| Apellidos y Nombres | Código | % Participación | Firma |
|---------------------|--------|-----------------|-------|
| Jesus Yung.         | 366    |                 |       |

#### 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:   
 Banco: Fecha de vencimiento de la Tarjeta: dd/mm/aaaa

#### 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 07 de mayo 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 |
|-------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------|
|                                     |                                 |                                                 |                                             |