

| Datos del Seguro | | | |
|---|--|--|--|
| Tipo de Solicitud: | <input checked="" type="checkbox"/> Emisión | <input type="checkbox"/> Modificación | <input type="checkbox"/> Inclusión |
| Fecha de Solicitud: | 26/06/2025 | | |
| Tipo de Póliza: | <input checked="" type="checkbox"/> Individual | <input type="checkbox"/> Flota /Colectivo | Fecha de Vigencia: Desde: 26/06/2025 Hasta: 26/06/2025 |
| Frecuencia de Pago: | <input type="checkbox"/> Anual | <input type="checkbox"/> Semestral | <input type="checkbox"/> Trimestral |
| Otra: | <input type="checkbox"/> Mensual | Sucursal: | |
| Datos del Tomador | | | |
| Apellido(s) y Nombre(s) / Razón Social: ORIANA RONDEROS | | | C.I. / Pasaporte / R.I.F.: 30726203 |
| Nacionalidad: VENEZOLANA | Estado Civil: Soltero | Sexo: <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F | |
| Lugar de Nacimiento: 27/12/2004 | Fecha de Nacimiento: 27/12/2004 | Edad: 21 | |
| 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 Selecciona): |
| 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: | | | Teléfono: |
| Indique si el Tomador será el Asegurado Titular: Si <input 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: Selecciona | Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | |
| Lugar de Nacimiento: | Fecha de Nacimiento: / / | Edad: | |
| Empresa donde trabaja: | | | Fecha de Ingreso: / / |
| Dirección de la Empresa donde trabaja: | | | Teléfono: |
| Profesión/Ocupación/Oficio/Actividad Económica: | | | Ingreso Anual (moneda Selecciona): |
| Dirección de Habitación: | | | |
| Municipio: | Parroquia: | Ciudad: | |
| Estado: | Teléfono: | Correo Electrónico: | |
| Datos del Tomador/Propuesto Asegurado si es Persona Jurídica | | | |
| Nombre registro mercantil: | Nro.: | Tomo: | Fecha de Constitución: / / |
| Naturaleza de la Empresa: <input type="checkbox"/> Pública <input checked="" 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 | Balanza última 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: H897NM | Modelo: RENEGADE | Marca: JEEP | AÑO: 2023 Clase: |
| Nro. Puestos: 5 | Peso Kg o Capacidad TM: 4000SR | Nuevo: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Kilometraje: |
| Señal fabricante: | Señal motor: | Nro. Certificado de origen: | Certificado de Registro de Vehículo (FRULA) |
| N/A | | | |
| Color: PLATA | 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 checked="" type="checkbox"/> En caso afirmativo especifique mercancía que transporta: | | | |
| ¿Transporta material inflamable o explosivos? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" 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 (moneda: Seleccione) | Deducible (%) |
|---|--|---------------|
| Cobertura Amplia <input checked="" type="checkbox"/> | | |
| Pérdida Total <input type="checkbox"/> | | |
| Pérdida Parcial <input type="checkbox"/> | | |
| ACCIDENTES PERSONALES (EL TOMADOR NO ESTÁ OBLIGADO A CONTRATARLOS) | | |
| 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 <input type="checkbox"/> | |
| | Invalidez Total o Parcial Permanente <input type="checkbox"/> | |
| | Gastos Médicos y de Farmacia <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: / / 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: _____
 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 de 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 delitos: lavado de dinero, delitos: 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, AL 19-13

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 |
|-------------------------------------|---------------------------------|---|---|
| | 30726203 | | |