



RIF: J09028623-3

Inscrita en la Superintendencia de Seguros bajo el N° 96

SOLICITUD DE SEGURO DE TRANSPORTE TERRESTRE

FECHA DE SOLITUD	N°.DE SOLICITUD
FECHA DE VIGENCIA DEL SEGURO	
DESDE:	HASTA:

(NO ESCRIBA EN LOS ESPACIOS SOMBRADOS)

Nombre del Solicitante /Tomador (persona jurídica)				C. I. No.	
				R.I.F.	
Dirección:				Teléfono:	
	Ciudad	Estado	Código Postal	Fecha Regist. Cía.	
Clase de Negocio				Ingreso anual	
Asegurado				C.I. No.	
				R.I.F	
Fecha de Nacimiento:	Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Estado Civil <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> O			
Dirección (persona natural)					
Ciudad	Estado	Zona Postal	Teléfonos	Fax:	
Clase de negocio				Ingreso Anual	
Dirección de cobro					
Ciudad	Estado	Zona Postal	Teléfono	Fax	
BIENES A ASEGURAR OBJETO DEL TRANSPORTE					
Consistentes en:					
Procedencia de los bienes o inicio del Transporte:					
Destino de los bienes o final del Transporte:					
MERCANCÍA	CÓDIGO	EMBALAJE	CÓDIGO		

Lugares de depósitos transitorios de la mercancía: <input type="checkbox"/> Propios <input type="checkbox"/> De terceros			
Lugares de estacionamiento transitorio del vehículo: <input type="checkbox"/> Propios <input type="checkbox"/> De terceros			
LÍMITES DE RESPONSABILIDAD			
Por vehículo:		Máximo en un mismo lugar y a un mismo tiempo	
Tipo de Póliza que se solicita: <input type="checkbox"/> Declarativa <input type="checkbox"/> Por despacho <input type="checkbox"/> Abierta <input type="checkbox"/> Otra			
Periodo del seguro contratado: <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Por viaje			
Numero de viajes estimados según el periodo de seguro que se contrata:			
Volumen de despachos estimado:	Anual: Bs.	Mensual: Bs.	Otro: Bs.
Valuación:			
El valor a asegurar se ampara contra los costos de: <input type="checkbox"/> Costo Neto <input type="checkbox"/> Flete <input type="checkbox"/> Otro			
COBERTURAS SOLICITADAS			
A) <input type="checkbox"/> Básica		B.4 <input type="checkbox"/> Falta de entrega o Extravío de Bultos	
B) <input type="checkbox"/> Adicionales (detallar)			
B.1 <input type="checkbox"/> Robo, Asalto o Atraco		B.5 <input type="checkbox"/> Huelga, Motín, Conmoción Civil	
B.2 <input type="checkbox"/> Hurto Simple		B.6 <input type="checkbox"/> Rotura o paralización Accidental de la Maquinaria de Refrigeración.	
B.3 <input type="checkbox"/> Carga y Descarga		<input type="checkbox"/> Otro	
Plazo máximo de inmovilización solicitado:			
INFORMACIÓN DE RIESGO			
Dirección y ubicación del riesgo:			
Ciudad	Código	Estado	Código Postal
En caso de Transportista, indique: <input type="checkbox"/> Exclusivo <input type="checkbox"/> General (varias empresas)			
VEHÍCULOS: <input type="checkbox"/> Propios <input type="checkbox"/> De terceros			
CANTIDAD	TIPO	TONELAJE	PRINCIPALES TRANSPORTISTAS
INFORMACIÓN ADICIONAL			
Póliza Anterior: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
Nombre de la Compañía Aseguradora anterior:			
¿Por quién fue resuelta la Póliza?:			
<input type="checkbox"/> Por la Compañía <input type="checkbox"/> Por el Asegurado <input type="checkbox"/> Por el Intermediario <input type="checkbox"/> Otros			
Razones de la terminación de la Póliza:			

OTROS SEGUROS

Indicar si el solicitante tiene otros tipos de seguros que cubran los bienes e informar las Compañías Aseguradoras:

Empresa de Seguros	Póliza No.	Empresa de Seguros	Póliza No.

HISTORIA DE SINIESTROS (Últimos tres años)

Monto de los siniestros (pagados y pendientes) indicando:

Monto Pérdida	Fecha	Empresa aseguradora	Póliza No.	Causa

Número de siniestros

Monto siniestro mayor. Bs.:

SOLICITUDES DE SEGUROS DE TRANSPORTE RECHAZADAS

Empresa de Seguros	Motivo	Fecha

OBSERVACIONES

OBSERVACIONES DEL PRODUCTOR DE SEGUROS

Yo, _____, bajo fe de juramento, declaro formalmente, en mi condición de Tomador/Solicitante, mediante la firma de esta solicitud de seguro, que la información que doy en este documento es verídica, **fiel y exacta**, que no he suprimido ninguna circunstancia que tienda aminorar la gravedad del riesgo con el fin de influenciar a la Compañía para que suscriba la póliza; asimismo me comprometo a tomar las medidas de precaución y de prevención oportunas y necesarias para proteger y salvaguardar los bienes que deseo asegurar. Esta solicitud no implica compromiso alguno de aceptar la cotización de La Compañía, ni obliga a ésta a emitir la póliza solicitada. No obstante, si dicha póliza fuera emitida y el recibo de prima correspondiente pagado por mí, acepto que las declaraciones consignadas en esta solicitud sean la base fundamental del respectivo contrato de seguro que sea suscrito.

Así mismo, en mi condición de Tomador/Solicitante del seguro declaro, bajo fe de juramento, que el monto de dinero con el que será pagada la prima de seguro que se solicita mediante la presente solicitud, proviene de fuentes lícitas y por lo tanto no tiene relación alguna con dinero, capitales, bienes, haberes, valores o títulos o acciones a los que se refiere el artículo 37 de la Ley Orgánica Sobre Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas.

Lugar y fecha: _____

Firma del Productor

Firma del Tomador/Solicitante

Nombres y Apellidos: _____

Código: _____

Firma del Asegurado

Aprobado por la Superintendencia de Seguros, mediante Oficio Nro. 001418, de fecha 01 de marzo de 2004