

SOLICITUD DE SEGURO

PÓLIZA DE SEGURO DE TRANSPORTE MARÍTIMO Y/O AÉREO

DATOS DEL TOMADOR / SOLICITANTE

Nombre(s) (Si es Persona Natural) o Razón Social (Si es Persona Jurídica):	Apellido (s):	N° C.I., Pasaporte o R.I.F.(Si es Persona Jurídica):
Fecha y Lugar de Nacimiento:	Sexo :	Estado Civil:
Actividad Económica: Industrial ☐ Profesional ☐ Comercial ☐	Ocupación: Independiente ☐ Empleado ☐ Socio ☐	
Por favor especifique el tipo de actividad económica antes seleccionado:		
Profesión u Oficio:		

Ingreso Anual (Si es Persona Natural):	Ingreso Promedio Anual (Si es Persona Jurídica):
Dirección de Habitación:	Calle / Avenida:
Piso:	N° Apartamento:
Ciudad:	Estado:
Teléfono:	Celular:
Dirección de Oficina:	Calle / Avenida:
Piso:	N° Apartamento:
Ciudad:	Estado:
Teléfono:	Celular:

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

Nombre(s) :	Apellido (s):	C.I., Pasaporte o R.I.F N°:
-------------	---------------	-----------------------------

DATOS DEL ASEGURADO (SI EL ASEGURADO ES EL MISMO QUE EL TOMADOR, NO SERÁ NECESARIO LLENAR LOS SIGUIENTES DATOS, POR FAVOR CONTINUAR CON LOS DATOS DEL SEGURO)

Nombre(s) (Si es Persona Natural) o Razón Social (Si es Persona Jurídica):	Apellido (s):	N° C.I., Pasaporte o R.I.F.(Si es Persona Jurídica):
Fecha y Lugar de Nacimiento:	Sexo :	Estado Civil:
Actividad Económica: Industrial ☐ Profesional ☐ Comercial ☐	Ocupación: Independiente ☐ Empleado ☐ Socio ☐	
Por favor especifique el tipo de actividad económica antes seleccionado:		
Profesión u Oficio:		

Ingreso Anual (Si es Persona Natural):	Ingreso Promedio Anual (Si es Persona Jurídica):
Dirección de Habitación:	Calle / Avenida:
Piso:	N° Apartamento:
Ciudad:	Estado:
Teléfono:	Celular:
Dirección de Oficina:	Calle / Avenida:
Piso:	N° Apartamento:
Ciudad:	Estado:
Teléfono:	Celular:

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

Nombre(s) :	Apellido (s):	C.I., Pasaporte o R.I.F N°:
-------------	---------------	-----------------------------

DATOS DEL SEGURO

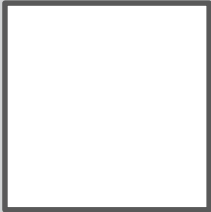
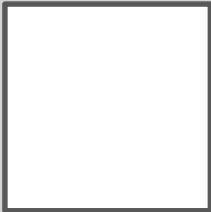
COBERTURA BÁSICA TRANSPORTE MARÍTIMO	LÍMITE DE RESPONSABILIDAD Bs.
☐ Anexo de Carga del Instituto (A)	
☐ Anexo de Carga del Instituto (B)	
☐ Anexo de Carga del Instituto (C)	
COBERTURA BÁSICA TRANSPORTE AÉREO	

☐ Anexo de Carga del Instituto (Aérea)					
COBERTURAS OPCIONALES TRANSPORTE MARÍTIMO O AÉREO (Seleccione con una "x" lo(s) anexo(s) que desea contratar. El Propuesto Asegurado no está obligado a tomar todas y cada una de las coberturas aquí señaladas.)				LÍMITE DE RESPONSABILIDAD Bs.	
☐ Anexo de Cobertura Opcional para Cambio de Ruta					
☐ Anexo de Cobertura Opcional para Extensión en el Tiempo de Almacenaje					
☐ Anexo de Cobertura Opcional para Transbordo					
COBERTURAS OPCIONALES TRANSPORTE MARÍTIMO (Seleccione con una "x" lo(s) anexo(s) que desea contratar. El Propuesto Asegurado no está obligado a tomar todas y cada una de las coberturas aquí señaladas.)				LÍMITE DE RESPONSABILIDAD Bs.	
☐ Anexo de Guerras del Instituto (Carga)					
☐ Anexo de Huelga del Instituto (Carga)					
☐ Anexo de Clasificación del Instituto					
☐ Anexo de Cobertura Opcional para Terremoto, Rayo o Erupción Volcánica					
☐ Anexo de Cobertura Opcional de Acumulación					
☐ Anexo de Cobertura Opcional de Escombros					
☐ Anexo de Cobertura Opcional por Decisión de Autoridades Gubernamentales					
☐ Anexo de Cobertura Opcional de Carga Sobre Cubierta					
COBERTURAS OPCIONALES TRANSPORTE AÉREO (Seleccione con una "x" lo(s) anexo(s) que desea contratar. El Propuesto Asegurado no está obligado a tomar todas y cada una de las coberturas aquí señaladas.)				LÍMITE DE RESPONSABILIDAD Bs.	
☐ Anexo de Guerras del Instituto (Carga Aérea)					
☐ Anexo de Huelga del Instituto (Carga Aérea)					
OTROS DATOS DEL SEGURO					
Índole del riesgo (comercio o industria, breve descripción):					
Tipo de Póliza: Ocasional ☐ Declarativa ☐					
VIGENCIA DEL SEGURO					
Desde: / / Hasta: / /					
DATOS DEL RIESGO					
En caso de que el medio de transporte sea vía Marítima:					
LIMITE POR DESPACHO:					
Descripción de la Mercancía				Volumen Anual a Transportar	
Total:					
TRAYECTOS:					
Sitio de partida: (Desde):					
Lugar de recepción (Hasta):					
Observaciones:					
TIPO DE EMBALAJE (Si son varios tipos de mercancías indique el utilizado para cada una de ellas):					
Descripción de la Mercancía				Tipo de Embalaje	
DATOS DEL TRANSPORTE					
Indique el nombre del Buque:				Año de Construcción:	
En caso de que el medio de transporte sea vía Aérea:					
LIMITE POR DESPACHO:					
Descripción de la Mercancía				Volumen Anual a Transportar	
Total:					
TRAYECTOS:					
Sitio de partida: (Desde):					
Lugar de recepción (Hasta):					
Observaciones:					
TIPO DE EMBALAJE (Si son varios tipos de mercancías indique el utilizado para cada una de ellas):					
Descripción de la Mercancía				Tipo de Embalaje	
DATOS DEL TRANSPORTE					
Indique el nombre:				Indique el N° de Vuelo:	
Año de Construcción:		Guía Aérea:			
DATOS COMPLEMENTARIOS					

¿Actualmente está asegurado en otra compañía de seguros? Si ☐ No ☐		
En caso afirmativo indique por favor: Nombre de la Compañía y pólizas contratadas:		
¿Ha estado asegurado anteriormente? Si ☐ No ☐ En caso de ser afirmativo, indique por favor en qué compañía:		
¿Ha tenido algún siniestro? Si ☐ No ☐		
En caso afirmativo, indique por favor: fecha de ocurrencia, cuantía de los daños, causa del siniestro y daños causados:		
BENEFICIARIO(S)		
Apellido(s) y Nombre(s) o Razón Social	C.I o RIF	Bien(es) Asegurado(s)
DECLARACIÓN JURADA		
Yo, _____, Cédula de Identidad N° _____, el Tomador, declaro bajo fe de juramento que el dinero utilizado para el pago de la prima, proviene de una fuente lícita y por lo tanto, no tiene relación alguna con el dinero, capitales, bienes, haberes, valores o títulos producto de las actividades o acciones derivadas de operaciones ilícitas. Ante cualquier falta de veracidad en las declaraciones anteriores, se aplicará lo dispuesto en la cláusula denominada "Declaraciones Falsas en la Solicitud de Seguro" de las Condiciones Generales de la Póliza. En todo caso, el Tomador deberá abstenerse de firmar esta solicitud en el caso de no cumplirse con la declaración indicada anteriormente.		

Firmo en total conformidad con todo lo anteriormente expuesto

Se firma en: _____ Fecha: / /



Huella del Tomador Huella del Propuesto Asegurado

Colocar la huella dactilar del pulgar de la mano derecha,
o en su defecto de la mano izquierda.

Tomador Propuesto Asegurado Intermediario designado
por el Tomador