

# SOLICITUD DE SEGURO

## PÓLIZA DE SEGURO DE TRANSPORTE TERRESTRE

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 <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/>	Ocupación: Independiente <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/>	
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):	
<b>Dirección de Habitación:</b>	Calle / Avenida:	Casa / Edificio:
Piso:	N° Apartamento:	Urbanización/Sector:
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Teléfono:	Celular:	Correo Electrónico:
<b>Dirección de Oficina:</b>	Calle / Avenida:	Casa / Edificio:
Piso:	N° Apartamento:	Urbanización/Sector:
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Teléfono:	Celular:	Correo Electrónico:
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 <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/>	Ocupación: Independiente <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/>	
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):	
<b>Dirección de Habitación:</b>	Calle / Avenida:	Casa / Edificio:
Piso:	N° Apartamento:	Urbanización/Sector:
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Teléfono:	Celular:	Correo Electrónico:
<b>Dirección de Oficina:</b>	Calle / Avenida:	Casa / Edificio:
Piso:	N° Apartamento:	Urbanización/Sector:
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Teléfono:	Celular:	Correo Electrónico:
DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL		
Nombre(s) :	Apellido (s):	C.I., Pasaporte o R.I.F N°:

DATOS DEL SEGURO	
<b>COBERTURA BÁSICA</b>	<b>LÍMITE POR VEHÍCULO TERRESTRE Bs.</b>
Pérdidas o daños materiales causados accidentalmente, por cualesquiera de los siguientes riesgos que sufra el medio transportador:	
a) Choque, vuelco, colisión, encunetamiento, embarrancamiento, descarrilamiento.	
b) Incendio, rayo, explosión, huracán, ciclón y tornado	
c) Desplome de puentes, alcantarillas, muelles y plataformas.	
d) Deslizamiento de tierra y crecientes de aguas.	
e) Varadura, colisión, encallamiento o hundimiento de embarcaciones lacustres, fluviales o marítimas, de servicio regular, que sean utilizadas como medio de transporte auxiliar interno y local.	
f) Caída de la aeronave transportadora.	
<b>COBERTURAS OPCIONALES (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.)</b>	<b>SUB LÍMITE POR VEHÍCULO TERRESTRE Bs.</b>
<input type="checkbox"/> Robo	
<input type="checkbox"/> Asalto o Atraco	
<input type="checkbox"/> Hurto	
<input type="checkbox"/> Operaciones de Carga y Descarga	
<input type="checkbox"/> Falta de Entrega o Extravío de Bultos Completos por Terceros Responsables	
<input type="checkbox"/> Motín, Conmoción Civil, Daños Maliciosos y Huelga	
<input type="checkbox"/> Refrigeración	
<input type="checkbox"/> Terremoto o Temblor de Tierra	
<input type="checkbox"/> Carretilla	
OTROS DATOS DEL SEGURO	
Índole del riesgo (comercio o industria, breve descripción):	
Tipo de Póliza: Ocasional <input type="checkbox"/> Declarativa <input type="checkbox"/>	
VIGENCIA DEL SEGURO	
Desde: / /	Hasta: / /
DATOS DEL RIESGO	
<b>LÍMITE POR DESPACHO:</b>	
<b>Descripción de la Mercancía</b>	<b>Volumen Anual a Transportar</b>
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):	
<b>Descripción de la Mercancía</b>	<b>Tipo de Embalaje</b>
Marque con una "X" si los despachos son realizados en:	
Vehículos propiedad del Asegurado <input type="checkbox"/> Vehículos de Terceros <input type="checkbox"/>	Si son ambos, indique que porcentaje (%) de los viajes que realiza cada uno:
Vehículo propiedad del Asegurado: _____	Vehículo de Terceros: _____
En caso de ser vehículos de Terceros por favor especificar:	
DATOS COMPLEMENTARIOS	
¿Actualmente está asegurado en otra compañía de seguros? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
En caso afirmativo indique por favor: Nombre de la Compañía y pólizas contratadas:	
¿Ha estado asegurado anteriormente? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	En caso de ser afirmativo, indique por favor en qué compañía:
¿Ha tenido algún siniestro? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

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**

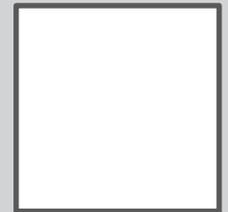
Yo, \_\_\_\_\_, Cédula de Identidad N° \_\_\_\_\_, el Tomador, declaro bajo fe de juramento que el dinero utilizado para el pago de la prima, proviene de una fuente lícita y por lo tanto, no tiene relación alguna con el dinero, capitales, bienes, haberes, valores o títulos producto de las actividades 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: / /



\_\_\_\_\_  
Tomador

\_\_\_\_\_  
Propuesto Asegurado

\_\_\_\_\_  
Intermediario designado  
por el Tomador

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.

Real Seguros, S.A. RIF. J-00034024-2. Inscrita en la Superintendencia de la Actividad Aseguradora bajo el N° 29. Inscrita en el Registro Mercantil Segundo de la Circunscripción Judicial del Distrito Federal y Estado Miranda en fecha 9 de Agosto de 1.951, bajo el N° 672, Tomo 3-C. Dirección: Torre Sud América, entre Av. Francisco de Miranda y Av. Tamanaco con calle Mohedano, piso 8, Urb. El Rosal, Caracas, Venezuela. [http:// www.real-seguros.com](http://www.real-seguros.com)

Aprobado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora bajo el No. FSAA-1-1-000110 de fecha 25 de octubre de 2021