

## Solicitud de Seguro Póliza de Transporte Terrestre

### Datos del Tomador del Seguro y del Propuesto Asegurado

Tomador Persona Natural	Apellidos: _____		Nombres: _____	
	Cédula / Pasaporte: V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> N° _____		R.I.F.: _____	
	Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____		Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
	Profesión: _____		Estado Civil: S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/>	
	Actividad comercial: (si es comerciante indique el ramo): _____		Ocupación u Oficio _____	
	La actividad comercial la realiza como: Profesional Independiente <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/>		Ingreso Promedio Anual: _____	
	<b>Dirección de Habitación:</b>			
	Urbanización / Zona / Sector: _____		Estado: _____	
	Ciudad: _____		Municipio: _____	
	N° Teléfono: _____			
Tomador Persona Jurídica	Denominación de la Razón Social: _____			
	Siglas o Nombre Comercial: _____		Tipo de Persona: Privada <input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/>	
	Fecha Constitución: ____ / ____ / ____		Patrimonio: _____	
	Actividad Económica: Industrial <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Gubernamental <input type="checkbox"/> Otras <input type="checkbox"/> Especifique: _____		N° Registro: _____	
	Tomos: _____			
	Nombres y Apellidos Representante Legal o Persona Contacto: _____			
	Cédula / Pasaporte: V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> N° _____		R.I.F.: _____	
	Nacionalidad: _____			
	Actividad Comercial: _____			
	<b>Dirección de Oficina:</b>			
Urbanización / Zona / Sector: _____		Estado: _____		
Ciudad: _____		Municipio: _____		
N° Teléfono: _____				
Correo Electrónico: _____		N° Teléfono Celular: _____		
<b>Dirección de Cobro:</b>				
Urbanización / Zona / Sector: _____		Estado: _____		
Ciudad: _____		Municipio: _____		
N° Teléfono: _____				
Propuesto Asegurado	Apellidos: _____		Nombres: _____	
	Cédula / Pasaporte: V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> N° _____		R.I.F.: _____	
	Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____		Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
	Profesión: _____		Estado Civil: S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/>	
	Actividad comercial: (si es comerciante indique el ramo): _____		Ocupación u Oficio _____	
	La actividad comercial la realiza como: Profesional Independiente <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/>		Ingreso Promedio Anual: _____	
	<b>Dirección de Habitación:</b>			
	Urbanización / Zona / Sector: _____		Estado: _____	
	Ciudad: _____		Municipio: _____	
	N° Teléfono: _____			
Correo Electrónico: _____		N° Teléfono Celular: _____		
<b>Información General de la Póliza</b>				
Vigencia:	Desde: ____ / ____ / ____ (a las 12 m)	Fecha de Suscripción: ____ / ____ / ____	Frecuencia de Pago	Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/>
	Hasta: ____ / ____ / ____ (a las 12 m)	Fecha de Movimiento: ____ / ____ / ____		Trimestral <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/>
Intermediario de Seguros: _____		Código: _____	Moneda: _____	Sucursal: _____

### Información General del Riesgo

Bienes a asegurar: \_\_\_\_\_  
 Procedencia de los bienes o inicio del transporte: \_\_\_\_\_  
 Destino de los bienes o final del transporte: \_\_\_\_\_  
 Volumen anual estimado: \_\_\_\_\_ Límite por vehículo o despacho: \_\_\_\_\_  
 Cantidad de despachos estimados mensuales: \_\_\_\_\_

#### Descripción de los vehículos donde se transportarán las mercancías:

Marca	Modelo	Año	Placas	Marca	Modelo	Año	Placas

#### Descripción de los conductores de los vehículos que transportarán las mercancías:

Apellidos y Nombres	Cédula / Pasaporte

### Información Complementaria

#### Otros seguros vigentes sobre los mismos bienes

Empresa de Seguros	Monto Asegurado	N° de Póliza	Vigencia

#### Siniestros Ocurridos

Empresa de Seguros	Monto Asegurado	N° de Póliza	Vigencia

### Coberturas a Contratar

Descripción	Deducible	Suma Asegurada
Básica		
Robo		
Asalto o Atraco		
Hurto		
Operaciones en Carga y Descarga		
Falta de entrega o extravío de bultos completos por terceros responsables		
Motín, Conmoción Civil, Disturbio Popular, Disturbio Laboral, y Daños Maliciosos		
Refrigeración		
Terremoto		
Indemnización Adicional		

#### Beneficiarios del Seguro (si son diferentes del Asegurado):

Apellidos y Nombres: \_\_\_\_\_ Cédula / Pasaporte / R.I.F. : V  E  N° \_\_\_\_\_

### Declaraciones

En mi carácter de solicitante de la póliza o en representación de éste, 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 ésta servirá de base a **El Asegurador** para la emisión de la póliza y el cobro de la prima correspondiente. Los riesgos empezarán a correr por cuenta de **El Asegurador** a partir de la fecha indicada en el Cuadro Póliza Recibo.

Como Tomador, doy fe que los recursos utilizados para el pago de la prima del presente seguro proviene de una fuente lícita y por lo tanto no tiene relación alguna con dinero, capitales, bienes, haberes, valores o títulos producto de la actividades o acciones derivadas de operaciones ilícitas.

Esta solicitud formará parte integrante de la póliza y **El Asegurador** estará obligado a entregar una copia al Tomador al momento del pago de la prima, conjuntamente con las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, el Cuadro Póliza Recibo y demás documentos que formen parte del contrato de seguro.

<b>Firmas</b>	Intermediario de Seguro:	Por el Tomador / Solicitante	El Representante Legal (en caso que lo amerite)	<b>Huella</b>	Pulgar del Tomador
	Fecha:     /     /	Fecha:     /     /	Fecha:     /     /		