



Solicitud de Seguro Transporte Marítimo y Terrestre Persona Jurídica

Tomador del Seguro

Referente a los **Datos de la Empresa**, por favor responda las siguientes preguntas:

a) Datos de Identificación

Nombre de la Empresa: _____

R.I.F.: _____ N.I.T.: _____ N° de Empleados: _____

Razón Social: _____

Actividad de la Empresa: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____

Zona Postal: _____ Teléfono: _____

Correo Electrónico: _____

b) Datos del Representante Legal

Apellidos: _____ Nombres: _____

C.I. : V E N°: _____ Sexo: Femenino Masculino

Cargo que ocupa en la Empresa: _____

c) Información para el cobro de la prima

Dirección de Cobro: _____

Ciudad: _____ Estado: _____

Zona Postal: _____ Teléfono: _____

Información General

a) Persona encargada de compras y /o distribución: _____

b) Operación comercial / transporte:

Importación Aérea

Aeropuerto: _____

Almacén para recepción de carga importada: _____

Importación Marítima

Puerto: _____

Almacén para recepción de carga importada: _____

Distribución Local

Centro de distribución local: _____

c) En caso de importaciones, de información en cuanto al (los) Agente (s) Aduanal (es) Contratado (s):

Nº	Nombre	Persona Contacto	Teléfono
1			
2			
3			
4			
5			

d) Descripción de mercancía sujeta a transporte terrestre: _____

e) Transporte Terrestre Empleado: Vehículos propios Transportistas Contratados

En caso de emplear Transportistas Contratados, por favor complete la siguiente información:

Nº	Nombre	Persona Contacto	Teléfono
1			
2			
3			
4			
5			

f) ¿Esta establecida por convenio / contrato algún tipo de participación en las posibles pérdidas que sufra la empresa?..... Sí No

En caso afirmativo, detalle: _____

g) Horarios de transportes..... Diurno Nocturno

h) Volumen anual a transportar: _____

i) Indique los valores de los despachos por vehículo:

Mínimo: _____ Máximo: _____ Promedio: _____

j) Procedimientos o sistemas de seguridad empleados:

- Escolta Caravanas
 Rastreo Satelital Rastreo Telefónico Rastreo Radiofónico

Si tiene alguno de estos, por favor indique fecha de implementación: _____

k) Experiencia siniestral de los últimos tres (3) años, indique:

total cantidad de reclamos: _____ Total monto: _____

l) Resumen de siniestros en transporte, indique los últimos cinco (5) siniestros:

1	Fecha: _____	Causa: _____
	Transportista: _____	Lugar: _____
	Aseguradora: _____	Monto: _____
2	Fecha: _____	Causa: _____
	Transportista: _____	Lugar: _____
	Aseguradora: _____	Monto: _____
3	Fecha: _____	Causa: _____
	Transportista: _____	Lugar: _____
	Aseguradora: _____	Monto: _____
4	Fecha: _____	Causa: _____
	Transportista: _____	Lugar: _____
	Aseguradora: _____	Monto: _____
5	Fecha: _____	Causa: _____
	Transportista: _____	Lugar: _____
	Aseguradora: _____	Monto: _____

Como **Información Adicional** al riesgo a asegurar, por favor responda las siguientes preguntas:

Respecto al Transportista

- a) Camiones que utiliza, número de vehículos y modelos: _____

- b) Radio de acción de sus operaciones: _____

- c) ¿Qué rutas considera su transportista como de mayor riesgo? : _____

Mantenimiento de las Unidades Transportadoras

- a) ¿Existe un procedimiento o lista de revisión para chequear el estado de las unidades periódicamente y antes de un recorrido?..... Sí No
- b) ¿Mantiene una bitácora de mantenimiento de cada vehículo?..... Sí No
- c) ¿Se verifican las condiciones físicas y mecánicas de las unidades bajo un programa?..... Sí No
En caso afirmativo, indique periodicidad: _____
- d) ¿En que talleres se realiza el mantenimiento de los vehículos? : _____

- e) ¿Pertencen a la empresa transportista?..... Sí No

Control de Personal

a) ¿Cuál es el sistema de contratación de personal y perfil de los conductores? : _____

b) ¿Cuentan con registro de filiación, inventario de personal, o currículum con fotografía de operadores y conductores?..... Sí No

c) Años de experiencia de sus trabajadores y antigüedad promedio: _____

d) Número de conductores que van en el mismo viaje: _____

e) ¿Cuentan con sistemas de entrenamiento para los conductores?..... Sí No

f) ¿Existe la figura de supervisores que controlan a los conductores?..... Sí No

En caso afirmativo, ¿cuáles son sus nombres? : _____

g) ¿Existe la práctica de selección y vigilancia de alguna unidad al azar durante su recorrido sin advertir al chofer, y así verificar medidas y procedimientos de seguridad?..... Sí No

h) ¿Existe un programa de rotación de choferes?..... Sí No

Control de Almacenes

- a) ¿ Existe una política de control de uso del teléfono en almacenes?..... Sí No
- b) ¿Existe una política de acceso restringido a los almacenes?..... Sí No
- c) ¿Cómo se controla la entrada y salida de personas a este sitio? : _____

- d) ¿Existe una política de registro de entrada y salida de vehículos propios y de transportistas?..... Sí No
- e) ¿Está el sitio de carga y descarga expuesto a la vista de cualquier transeúnte?..... Sí No

En cuanto a los Bienes Transportados

- a) ¿De qué manera se controla que los despachos no superen los límites de carga de los camiones? : _____

- b) ¿Existen instrucciones precisas acerca de la utilización del embalaje correcto según el tipo de mercancía?..... Sí No
¿Cómo se controla que esto efectivamente se cumple?: _____

- c) ¿Se verifica que toda la carga en contenedores tenga sellos de origen?..... Sí No
- d) ¿Qué tipo de cinta adhesiva se utiliza para cerrar las cajas? : _____
- e) ¿Existe una política de acceso restringido a los almacenes?..... Sí No

b) ¿Se lleva un control de registro de siniestros?..... Sí No

En caso afirmativo, ¿Qué Departamento lo lleva?: _____

c) ¿Se informa a la alta gerencia acerca de la ocurrencia de estos siniestros?..... Sí No

d) ¿Qué acciones se toman cuando ocurre un siniestro? : _____

e) ¿Existen estadísticas de siniestros por conductor, transportista y ruta?..... Sí No

Referente al **Seguro a Contratar** por favor marque con equis (X) su respuesta a las siguientes preguntas:

a) Indique sí para el Seguro de Transporte Marítimo y Terrestre, alguna Compañía de Seguros ha:

Rechazado cualquier propuesta suya

Cancelado

Denegado la continuación de cualquier Seguro

Impuesto condiciones especiales para emitir la póliza

En caso afirmativo, dé detalles: _____

b) ¿Mantiene algún otro Seguro de Transporte Marítimo y Terrestre vigente con ésta u otra Compañía de Seguros? Sí No

En caso afirmativo, complete la siguiente información:

Compañía Aseguradora	Número de Póliza	Vigencia	Sumas Aseguradas

c) ¿Ha hecho alguna reclamación contra alguna Compañía de Seguros? Sí No

En caso afirmativo, complete la siguiente información:

Indique fechas	Causa	Monto	Compañía Aseguradora

d) Período del Seguro, desde: _____ a las 12 m. hasta: _____ a las 12 m.

Coberturas Solicitadas

Por favor indique el **Límite Solicitado** en la Cobertura Básica y en la(s) Cobertura(s) Adicionales que usted marque con equis (X):

Cobertura Básica

Límite Solicitado

Choque, vuelco, colisión, encunetamiento, embarrancamiento, descarrilamiento, incendio, rayo, explosión, huracán, ciclón, tornados, deslizamiento de tierras y creciente de aguas, varadura, colisión, encallamiento o hundimiento de embarcaciones lacustre, fluviales o marítimas, de servicios regular, que sean utilizadas como medio de transporte auxiliar interno y local, caída de la aeronave transportada.

Coberturas Adicionales

Límite Solicitado

- Robo, asalto o atraco.....
- Hurto simple.....
- Carga y descarga.....
- Falta de entrega o extravío de bulto completo
- Huelga, motín, conmoción civil y daños maliciosos.....
- Refrigeración.....

Yo, el Tomador, **DECLARO**:

- I. Que he leído cuidadosa y totalmente, una a una todas las preguntas consignadas en esta solicitud y que ellas son verdaderas, amplias, completas y exactas.
- II. Que no he omitido, ocultado, ni disimulado, ningún hecho ni circunstancia en dichas contestaciones que puedan modificar la opinión de La Empresa de Seguros sobre el riesgo a correr por el seguro solicitado.
- III. Que esta Solicitud de Seguro es la base para apreciar el riesgo y fijar la prima del seguro correspondiente, formando parte integrante del contrato y que cesa la responsabilidad de La Empresa de Seguros siendo nulo dicho contrato en caso de fraude o declaración falsa o reticencia por mi parte.

DOY FE que toda la información que suministro a la empresa **Estar Seguros S.A.**, es verdadera, autorizando a esta empresa o a quién competa, realizar las operaciones que sean necesarias a fin de constatar el origen del dinero utilizado para el pago de las primas. De acuerdo con lo previsto en la Ley Orgánica sobre Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas (LOSEP) y a fin de dar cumplimiento a lo establecido en la Providencia N° 98-2-2-899 de la Superintendencia de Seguros publicada en Gaceta Oficial N° 36.453 del 14 de mayo de 1998, contenida en las normas que exigen el cumplimiento de un conjunto de obligaciones de parte de las personas naturales y jurídicas para prevenir la legitimación de capitales en el mercado asegurador venezolano.

Firmado en: _____

a los _____ del mes de _____ de 20 _____

Firma del Tomador del Seguro

Intermediario de Seguro: _____

Código N°: _____

Nombre y Apellido del Representante: _____

En _____

a los _____ del mes de _____ de 20 _____

Firma del Intermediario de Seguros

La responsabilidad de la compañía no comienza hasta que la Póliza haya sido emitida y la prima pagada.