

SOLICITUD DE SEGURO PARA EMBARCACIONES DE RECREO

| |
|----------------|
| N°. DE PÓLIZA: |
| FECHA: |

La presente Solicitud de Seguro debe ser leída y llenada con letra de molde, en todos sus puntos, sin enmiendas y en tinta no esfumable de un mismo color (azul o negra) en forma legible y debe ser firmada por el futuro Tomador y su Intermediario de Seguros, si lo hubiere.

| DATOS DEL TOMADOR DE LA PÓLIZA | | | |
|---|--|---|---|
| APELLIDOS Y NOMBRES O RAZÓN SOCIAL: | | CÉDULA DE IDENTIDAD, R.I.F. O N DE PASAPORTE: | |
| SI ES PERSONA NATURAL: | | | |
| LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: | | EDAD: | SEXO: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> |
| ESTADO CIVIL: S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> | NACIONALIDAD: VENEZOLANA <input type="checkbox"/> EXTRANJERA <input type="checkbox"/> | EN CASO DE SER EXTRANJERO INDIQUE SU PAÍS DE ORIGEN: | |
| OCUPACIÓN U OFICIO : | | ACTIVIDAD ECONÓMICA: COMERCIAL <input type="checkbox"/> PROFESIONAL <input type="checkbox"/> | |
| EMPLEADO <input type="checkbox"/> SOCIO <input type="checkbox"/> INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/> | INGRESO MENSUAL: | INGRESO ANUAL: | |
| SI ES COMERCIAL, INDIQUE EL RAMO EN QUE SE DESENVUELVE: | | | |
| DIRECCIÓN HABITACIÓN: | | | |
| CIUDAD: | ESTADO: | MUNICIPIO: | ZONA POSTAL: |
| TELEFONOS: | FAX: | CORREO ELECTRÓNICO: | |
| DIRECCIÓN DE TRABAJO: | | | |
| CIUDAD: | ESTADO: | MUNICIPIO: | ZONA POSTAL: |
| TELEFONOS: | FAX: | CORREO ELECTRÓNICO: | |
| CARÁCTER BAJO EL CUAL CONTRATA LA PÓLIZA: CUENTA PROPIA <input type="checkbox"/> CUENTA AJENA <input type="checkbox"/> | | | |
| SI ES PERSONA JURÍDICA: | | | |
| NOMBRE COMERCIAL: | | | |
| SIGLAS/ NOMBRE COMERCIAL: | | N DE REGISTRO DE LA COMPAÑIA: | |
| FECHA DE CONSTITUCIÓN: | | TOMO N : | |
| OCUPACIÓN O ACTIVIDAD ECONOMICA: COMERCIAL <input type="checkbox"/> PROFESIONAL <input type="checkbox"/> INDUSTRIAL <input type="checkbox"/> | | SI ES COMERCIAL, INDIQUE EL RAMO EN QUE SE DESENVUELVE: | |
| PRODUCTO QUE OFRECE: | | INGRESO MENSUAL: | INGRESO ANUAL: |
| DIRECCIÓN DE COBRO: | | | |
| CIUDAD: | ZONA POSTAL: | ESTADO: | |
| MUNICIPIO: | TELEFONOS: | FAX: | |
| CORREO ELECTRÓNICO: | | CARÁCTER BAJO EL CUAL CONTRATA LA PÓLIZA: | |
| SI ES PERSONA JURÍDICA, DATOS DE LA PERSONA CONTACTO CON SEGUROS HORIZONTE, S.A. : | | | |
| APELLIDOS Y NOMBRES: | | CÉDULA DE IDENTIDAD O N DE PASAPORTE: | |
| LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: | | EDAD: | SEXO: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> |
| ESTADO CIVIL: S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> | NACIONALIDAD: VENEZOLANA <input type="checkbox"/> EXTRANJERA <input type="checkbox"/> | EN CASO DE SER EXTRANJERO INDIQUE SU PAÍS DE ORIGEN: | |
| OCUPACIÓN U OFICIO : | | EMPLEADO <input type="checkbox"/> | SOCIO <input type="checkbox"/> INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/> |
| ACTIVIDAD ECONÓMICA: COMERCIAL <input type="checkbox"/> PROFESIONAL <input type="checkbox"/> | | SI ES COMERCIAL, INDIQUE EL RAMO EN QUE SE DESENVUELVE: | |
| INGRESO MENSUAL: | | INGRESO ANUAL: | |
| DIRECCIÓN DE TRABAJO: | | | TELEFONOS: |
| DIRECCIÓN DE HABITACIÓN: | | | TELEFONOS: |
| CUIDAD: | CORREO ELECTRONICO: | | FAX: |
| ESTADO: | MUNICIPIO | | ZONA POSTAL: |

| DATOS DEL PROPUESTO ASEGURADO | | | |
|---|---|---|---|
| APELLIDOS Y NOMBRES O RAZÓN SOCIAL: | | CÉDULA DE IDENTIDAD, R.I.F. O N° DE PASAPORTE: | |
| SI ES PERSONA NATURAL: | | | |
| LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: | | EDAD: | SEXO: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> |
| ESTADO CIVIL: S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> | NACIONALIDAD: VENEZOLANA <input type="checkbox"/> EXTRANJERA <input type="checkbox"/> | EN CASO DE SER EXTRANJERO INDIQUE SU PAÍS DE ORIGEN: | |
| OCUPACIÓN U OFICIO : | | ACTIVIDAD ECONÓMICA: COMERCIAL <input type="checkbox"/> PROFESIONAL <input type="checkbox"/> | |
| EMPLEADO <input type="checkbox"/> SOCIO <input type="checkbox"/> INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/> | INGRESO MENSUAL: | INGRESO ANUAL: | |
| SI ES COMERCIAL, INDIQUE EL RAMO EN QUE SE DESENVUELVE: | | | |
| DIRECCIÓN HABITACIÓN: | | | |
| CIUDAD: | ESTADO: | MUNICIPIO: | ZONA POSTAL: |
| TELEFONOS: | FAX: | CORREO ELECTRÓNICO: | |
| DIRECCIÓN DE TRABAJO: | | | |
| CIUDAD: | ESTADO: | MUNICIPIO: | ZONA POSTAL: |
| TELEFONOS: | FAX: | CORREO ELECTRÓNICO: | |
| CARÁCTER BAJO EL CUAL CONTRATA LA PÓLIZA: CUENTA PROPIA <input type="checkbox"/> CUENTA AJENA <input type="checkbox"/> | | | |
| SI ES PERSONA JURÍDICA: | | | |
| NOMBRE COMERCIAL: | | | |
| SIGLAS/ NOMBRE COMERCIAL: | | N° DE REGISTRO DE LA COMPAÑÍA: | |
| FECHA DE CONSTITUCIÓN: | | TOMO N°: | |
| OCUPACIÓN O ACTIVIDAD ECONOMICA: COMERCIAL <input type="checkbox"/> PROFESIONAL <input type="checkbox"/> INDUSTRIAL <input type="checkbox"/> | | SI ES COMERCIAL, INDIQUE EL RAMO EN QUE SE DESENVUELVE: | |
| PRODUCTO QUE OFRECE: | | INGRESO MENSUAL: | INGRESO ANUAL: |
| DIRECCIÓN DE COBRO: | | | |
| CIUDAD: | ZONA POSTAL: | ESTADO: | |
| MUNICIPIO: | TELEFONOS: | FAX: | |
| CORREO ELECTRÓNICO: | | CARÁCTER BAJO EL CUAL CONTRATA LA PÓLIZA: | |
| SI ES PERSONA JURÍDICA, DATOS DE LA PERSONA CONTACTO CON SEGUROS HORIZONTE, S.A. : | | | |
| APELLIDOS Y NOMBRES: | | CÉDULA DE IDENTIDAD O N° DE PASAPORTE: | |
| LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: | | EDAD: | SEXO: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> |
| ESTADO CIVIL: S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> | NACIONALIDAD: VENEZOLANA <input type="checkbox"/> EXTRANJERA <input type="checkbox"/> | EN CASO DE SER EXTRANJERO INDIQUE SU PAÍS DE ORIGEN: | |
| OCUPACIÓN U OFICIO : | EMPLEADO <input type="checkbox"/> SOCIO <input type="checkbox"/> INDEPENDIENTE <input type="checkbox"/> | | |
| ACTIVIDAD ECONÓMICA: COMERCIAL <input type="checkbox"/> PROFESIONAL <input type="checkbox"/> | SI ES COMERCIAL, INDIQUE EL RAMO EN QUE SE DESENVUELVE: | | |
| INGRESO MENSUAL: | INGRESO ANUAL: | | |
| DIRECCIÓN DE TRABAJO: | | | TELEFONOS: |
| DIRECCIÓN DE HABITACIÓN: | | | TELEFONOS: |
| CUIDAD: | CORREO ELECTRONICO: | FAX: | |
| ESTADO: | MUNICIPIO | ZONA POSTAL: | |

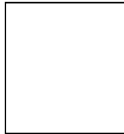
| DESCRIPCIÓN DE LA EMBARCACIÓN | | | | | | | | | |
|--|-------|------------------------|--|---|--|--|------|--------------|--|
| NOMBRE ACTUAL: | | | NOMBRE ANTERIOR: | | | MATRÍCULA: | | | |
| BANDERA: | | | MATERIAL DE CASCO: | | | LUGAR DE CONSTRUCCIÓN: | | | |
| FABRICANTE O MARCA: | | | MODELO / AÑO: | | | SERIAL DEL CASCO: | | | |
| CAPACIDAD PASAJEROS: | | CAPACIDAD TRIPULANTES: | | TIPO: <input type="checkbox"/> VELERO <input type="checkbox"/> CATAMARÁN <input type="checkbox"/> YATE <input type="checkbox"/> LANCHAS <input type="checkbox"/> OTRO: | | USO DE LA NAVE: | | | |
| DIMENSIONES: ESLORA: MANGA: PUNTUAL: | | | USO DE LA NAVE: | | | USO DE LA NAVE: | | | |
| DETALLE LOS SINIESTROS OCURRIDOS A LA EMBARCACIÓN: | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| DESCRIPCIÓN DE LOS MOTORES | | | | | | | | | |
| ITEM | MARCA | MODELO | SERIAL | POTENCIA | COMBUSTIBLE | TIPO | | | |
| | | | | | | F.B. | D.B. | D.F. | |
| 1 | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | |
| F.B. = FUERA DE BORDA | | | D.B. = DENTRO DE BORDA | | | D.F. = DENTRO FUERA DE BORDA | | | |
| UBICACIÓN Y TRIPULACIÓN | | | | | | | | | |
| CAPITÁN: <input type="checkbox"/> PROPIETARIO <input type="checkbox"/> CONTRATADO | | | AÑOS DE EXPERIENCIA: | | EQUIPOS DE NAVEGACIÓN Y COMUNICACIÓN: <input type="checkbox"/> GPS <input type="checkbox"/> VHF <input type="checkbox"/> UHF <input type="checkbox"/> OTRO: _____ | | | | |
| PUERTO BASE: | | PUERTO DE REGISTRO: | | ZARPES ESTIMADOS AL AÑO: | | LUGAR DE ESTACIONAMIENTO: <input type="checkbox"/> MUELLE <input type="checkbox"/> TIERRA BAJO TECHO <input type="checkbox"/> TIERRA INTERPERIE | | | |
| LÍMITES DE NAVEGACIÓN: | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> AGUAS JURISDICCIONALES CAPITÁN BASE | | | <input type="checkbox"/> AGUAS VENEZOLANAS | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> AGUAS VENEZOLANAS E ISLAS DEL CARIBE | | | <input type="checkbox"/> OTRO | | | | | | |
| COBERTURAS SOLICITADAS | | | | | | | | | |
| COBERTURAS | | | | | SUMAS ASEGURADAS | | | Bs. | |
| <input type="checkbox"/> CASCO <input type="checkbox"/> AMPLIA <input type="checkbox"/> SOLO PÉRDIDA TOTAL | | | | | | | | | |
| RESPONSABILIDAD CIVIL POR DAÑOS A TERCEROS (OBLIGATORIA L.G.M.A.C.) | | | | | | | | | |
| ACCIDENTES PERSONALES | | | | | | | | | |
| GASTOS MÉDICO | | | | | | | | | |
| TRASLADOS TERRESTRES <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | | | | | | | | |
| OTROS SEGUROS | | | | | | | | | |
| QUE OTRO TIPO DE SEGURO TIENE O HA SOLICITADO: | | | | | | | | | |
| EMPRESA DE SEGUROS : _____ | | | MONTO Bs. _____ | | TIPO DE SEGURO: _____ | | | FECHA: _____ | |
| EMPRESA DE SEGUROS : _____ | | | MONTO Bs. _____ | | TIPO DE SEGURO: _____ | | | FECHA: _____ | |

Yo, el Propuesto Asegurado, declaro:

- a. Que he leído y entendido cabalmente cada una de las partes de esta Solicitud que la información que suministro es verdadera, amplia, completa y exacta, dependiendo de ella la validez del Seguro.
- b. Que acepto, que la responsabilidad del Asegurador, comienza una vez celebrado el contrato de seguros.
- c. Que no he omitido o simulado, ningún hecho o circunstancia en las respuestas que pueda modificar la opinión del Asegurador, sobre el riesgo a correr por el seguro solicitado.
- d. Que conozco que en caso de declaraciones falsas u omisiones podrá cesar la responsabilidad del Asegurador y el contrato será objeto de nulidad absoluta.

YO, EL TOMADOR, DOY FE QUE EL DINERO UTILIZADO PARA EL PAGO DE LA PRIMA DEL PRESENTE SEGURO PROVIENE DE UNA FUENTE LÍCITA Y NO TIENE RELACIÓN ALGUNA CON CAPITALES, BIENES, HABERES O BENEFICIOS DERIVADOS DE LAS ACTIVIDADES ILÍCITAS O DE LOS DELITOS DE LEGITIMACIÓN DE CAPITALES PREVISTOS EN LA "LEY ORGANICA CONTRA LA DELINCUENCIA ORGANIZADA".

Aprobado por la Superintendencia de Seguros, ahora Superintendencia de la Actividad Aseguradora, mediante oficio N° 7199 de fecha 21 de Agosto de 2006



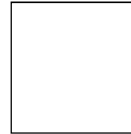
Huella Dactilar
Pulgar Derecho

FIRMA DEL PROPUESTO
ASEGURADO



Huella Dactilar
Pulgar Derecho

FIRMA DEL TOMADOR



Huella Dactilar
Pulgar Derecho

FIRMA DEL INTERMEDIARIO DE
SEGUROS

APELLIDOS Y NOMBRES DEL INTERMEDIARIO DE SEGUROS:

CÓDIGO DEL INTERMEDIARIO:

OBSERVACIONES:

| |
|--|
| |
| |
| |
| |