

SOLICITUD DE PÓLIZA DE SEGURO DE TRANSPORTE TERRESTRE

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 COMPAÑÍA:	
FECHA DE CONSTITUCIÓN:		TOMO N :	
OCUPACIÓN O ACTIVIDAD ECONOM ICA: 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:
CIUDAD:	CORREO ELECTRONICO:	FAX:	
ESTADO:	MUNICIPIO	ZONA POSTAL:	

DATOS DE LOS BIENES A ASEGURAR		
TIPO DE PÓLIZA:		
<input type="checkbox"/> OCASIONAL <input type="checkbox"/> DECLARATIVA		
CLASE DE NEGOCIOS:		
<input type="checkbox"/> IMPORTACIÓN <input type="checkbox"/> MIXTO <input type="checkbox"/> EXPORTACIÓN <input type="checkbox"/> NACIONAL <input type="checkbox"/> FRONTERA		
FRECUECIA DE VIAJES(SOLO PÓLIZAS DECLARATIVAS):		
<input type="checkbox"/> SEMESTRAL <input type="checkbox"/> TRIMESTRAL <input type="checkbox"/> MENSUAL <input type="checkbox"/> SEMANAL <input type="checkbox"/> CUATRIMESTRAL <input type="checkbox"/> BIMENSUAL <input type="checkbox"/> QUINCENAL <input type="checkbox"/> DIARIO		
N° DE VIAJES POR FRECUENCIA:	LIMITES MAXIMO POR DESPACHO:	VOLUMEN ANUAL ESTIMADO:
TIPO DE MERCANCIA:		
NUEVA: <input type="checkbox"/> USADA: <input type="checkbox"/>		
EMBALAJE:		
SUMA ASEGURADA:	PROCEDENCIA DE LOS BIENES:	DESTINO DE LOS BIENES:
RUTA:	DESDE:	HASTA:
MEDIO DE TRANSPORTE DE LA MERCANCIA:		
DATOS DEL CONDUCTOR O EMPRESA TRANSPORTISTA:		
APELLIDOS Y NOMBRES O RAZÓN SOCIAL:		CÉDULA DE IDENTIDAD, R.I.F. O N° DE PASAPORTE:
NACIONALIDAD :		EN CASO DE SER EXTRANJERO INDIQUE SU PAÍS DE ORIGEN:
VENEZOLANA <input type="checkbox"/> EXTRANJERA <input type="checkbox"/>		
DIRECCIÓN:		
CIUDAD:	ESTADO:	MUNICIPIO:
ZONA POSTAL:	TELEFONOS:	FAX:
CORREO ELECTRONICO:		
COBERTURA BÁSICA:		SUMA ASEGURADA:
<input type="checkbox"/> TRANSPORTE TERRESTRE:		
LAS SIGUIENTE COBERTURAS OPCIONALES NO SON DE OBLIGATORIA CONTRATACIÓN DE PARTE DEL TOMADOR:		
COBERTURAS OPCIONALES:		SUMA ASEGURADA:
<input type="checkbox"/> Robo		
<input type="checkbox"/> Asalto o Atraco		
<input type="checkbox"/> Hurto		
<input type="checkbox"/> Motín, Conmoción Civil, Daños Maliciosos y Huelga		
<input type="checkbox"/> Terremoto o Temblor de Tierra		
<input type="checkbox"/> Operaciones en Carga y Descarga		
<input type="checkbox"/> Falta de Entrega o Extravío de Bultos Completos por Terceros Responsables		
<input type="checkbox"/> Refrigeración		

BENEFICIARIO

NOMBRE DEL BENEFICIARIO:

CÉDULA DE IDENTIDAD, R.I.F. O N° DE PASAPORTE:

EXPERIENCIAS CON OTRAS PÓLIZAS**VIGENTES**

COMPañIA	SUMA ASEGURADA	VIGENCIA	PÓLIZA N°

RECLAMOS

COMPañIA	MONTO PÉRDIDA	FECHA OCURRENCIA	PÓLIZA N°

DECLARACIONES:

Yo el **Propuesto Asegurado** declaro bajo juramento que la información suministrada es exacta sin omisión de ningún detalle, hecho a circunstancia con el propósito de disminuir o aminorar la gravedad del riesgo o con la intención de cambiar su objeto y autorizo la verificación de los mismos. Queda entendido que la presente solicitud no otorga cobertura provisional, ni implica compromiso de aceptar la cotización de Seguros Horizonte S.A.

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

Razón social Apellidos y Nombre del Tomador:	Firma y Sello:	N° C.I. ó R.I.F.	
Razón social Apellidos y Nombre del Tomador:	Firma y Sello:	N° C.I. ó R.I.F.	

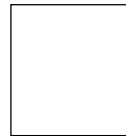
INTERMEDIARIO:

Nombre y Apellidos o Razón Social	Código:	N° C.I. ó R.I.F.
-----------------------------------	---------	------------------



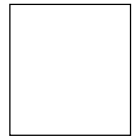
Huella Dactilar
Pulgar Derecho

FIRMA DEL PROPUESTO
ASEGURADO



Huella Dactilar
Pulgar Derecho

FIRMA DEL TOMADOR



Huella Dactilar
Pulgar Derecho

FIRMA DEL INTERMEDIARIO DE
SEGUROS