

## 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		
FRECUENCIA 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.

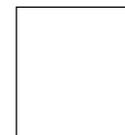
**YO, EL TOMADOR, DOY FE QUE EL DINERO UTILIZADO PARA EL PAGO DE LA PRIMA DEL PRESENTE SEGURO PROVIENE DE UNA FUENTE LÍCITA Y NO TIENE RELACIÓN ALGUNA CON CAPITALES, BIENES, HABERES O BENEFICIOS DERIVADOS DE LAS ACTIVIDADES ILÍCITAS O DE LOS DELITOS DE LEGITIMACIÓN DE CAPITALES PREVISTOS EN LA "LEY ORGANICA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

FIRMA DEL TOMADOR

FIRMA DEL INTERMEDIARIO DE  
SEGUROS