

SOLICITUD DE SEGURO DE TRANSPORTE MARÍTIMO AÉREO

N°. DE PÓLIZA:
FECHA:

Av. Francisco de Miranda, Torre La Primera, pisos 3,5, 6, 7, 8,10, 11, 12, 14, PH
Chacao, Estado Miranda . RIF G-20008701-3
Inscrita en la Superintendencia de la Actividad Aseguradora bajo el N°. 48
Capital Suscrito y Pagado: Bs. 591.095.765,37
Miembro de la "Cámara de Aseguradores de Venezuela"

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 DENOMINACIÓN JURÍDICA:				CÉDULA DE IDENTIDAD, R.I.F. O N° DE PASAPORTE:			
DATOS DEL REGISTRO (SI ES PERSONA JURÍDICA):							
REGISTRO:	CIUDAD:	TOMO:	FECHA:	NÚMERO:			
DIRECCIÓN DE HABITACIÓN:						TELÉFONO (INDIQUE CÓDIGO DE ÁREA):	
DIRECCIÓN DE TRABAJO O COBRO:							
CIUDAD:	ZONA POSTAL:	ESTADO:	TELÉFONO (INDIQUE CÓDIGO DE ÁREA):	NÚMERO DE FAX:			
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:		INGRESO MENSUAL:	INGRESO ANUAL:	INDIQUE CARÁCTER CON EL QUE CONTRATA: <input type="checkbox"/> CUENTA PROPIA <input type="checkbox"/> CUENTA AJENA			

DATOS DEL PROPUESTO ASEGURADO

APELLIDOS Y NOMBRES O DENOMINACIÓN JURÍDICA:				CÉDULA DE IDENTIDAD O R.I.F.:			
DIRECCIÓN DE HABITACIÓN:							
CIUDAD:	ZONA POSTAL:	ESTADO:	TELÉFONO (INDIQUE CÓDIGO DE ÁREA):	NÚMERO DE FAX:			
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:		PROFESIÓN / OCUPACIÓN:		INGRESO ANUAL:			

DATOS DE LA MERCANCIA A TRANSPORTAR

TIPO DE MERCANCIA :		VALOR DE LA MERCANCIA:	TIPO DE EMBALAJE:				
RUTA A AMPARAR DESDE:			HASTA:				
TIPO DE TRANSPORTE: <input type="checkbox"/> AVIÓN <input type="checkbox"/> EMBARCACIÓN		MARCA:		MODELO:		AÑO:	
MATRÍCULA O PLACA:		CAPACIDAD DE CARGA:		CAPACIDAD DE PASAJEROS:			
¿PROPIEDAD DEL TRANSPORTE? <input type="checkbox"/> PROPIO <input type="checkbox"/> TERCERO		EN CASO DE TERCERO INDIQUE DENOMINACIÓN JURÍDICA:					
LÍMITE MÁXIMO POR DESPACHO:			MONTO ANUAL DE DESPACHO:				
TIPO DE PÓLIZA: <input type="checkbox"/> DECLARATIVA <input type="checkbox"/> OCASIONAL		VIGENCIA DE LA PÓLIZA DESDE: HASTA:					

COBERTURAS SOLICITADAS

LÍMITES DE RESPONSABILIDAD

<input type="checkbox"/> CARGA DEL INSTITUTO: <input type="checkbox"/> "A" <input type="checkbox"/> "B" <input type="checkbox"/> "C"	
<input type="checkbox"/> GUERRA DEL INSTITUTO (Carga Aérea) (Excluyendo envío por correo).	
<input type="checkbox"/> GUERRA DEL INSTITUTO (Envío por correo).	
<input type="checkbox"/> GUERRA DEL INSTITUTO (Carga).	

OTROS SEGUROS

MANTIENE UD. ALGÚN OTRO SEGURO DE TRANSPORTE VIGENTE CON ÉSTA U OTRA EMPRESA DE SEGUROS? EN CASO AFIRMATIVO INDIQUE N° DE PÓLIZA, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y SUMA ASEGURADA:

ALGUNA COMPAÑÍA DE SEGUROS LE HA CANCELADO O DENEGADO LA RENOVACIÓN DEL SEGURO DE TRANSPORTE? EN CASO AFIRMATIVO SUMINISTRE DETALLES COMPLETOS:

ALGUNA COMPAÑÍA DE SEGUROS LE HA RECHAZADO ALGUNA SOLICITUD DE SEGURO DE TRANSPORTE HECHA POR UD.? EN CASO AFIRMATIVO SUMINISTRE DETALLES COMPLETOS:

¿HA REALIZADO USTED ALGUNA RECLAMACIÓN CONTRA OTRA EMPRESA DE SEGUROS? EN CASO AFIRMATIVO INDIQUE FECHAS, MONTOS Y EMPRESA:

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

FIRMA DEL INTERMEDIARIO
DE SEGUROS

APELLIDOS Y NOMBRES DEL INTERMEDIARIO DE SEGUROS:

CÓDIGO DEL INTERMEDIARIO:

OBSERVACIONES: