



Inscrita en la Superintendencia de la Actividad Aseguradora
bajo el N°. 107 RIF J-30052236-9

SOLICITUD DE SEGURO PÓLIZA DE SEGURO DE TRANSPORTE MARÍTIMO Y/O AÉREO

Con base a la información suministrada a continuación, el Asegurador debe decidir si acepta o no el riesgo,
el riesgo, debido a esto agradecemos llenar la solicitud en todas sus partes.

DATOS DEL PROPUESTO ASEGURADO											
1er. Apellido		2do. Apellido		1er. Nombre		2do. Nombre					
C.I. / R.I.F./ Pasaporte:		Nacionalidad: V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>		Estado civil: S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>		F/Nacimiento: __/__/____ dd/mm/aaaa		Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Profesión:	
Actividad Económica: Industrial <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Gubernamental <input type="checkbox"/>						Area o Ramo:		Ingreso Promedio Anual Bs.:			
Oficio u Ocupación:				Socio <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Ejercicio Independiente <input type="checkbox"/>				Cargo:			
Dirección de Habitación:		Casa:		Edificio:		Apto.:					
Piso:		Avenida:		Calle/Transversal/Vereda:							
Urbanización:				Ciudad:				Parroquia:			
Municipio:				Estado:				Cod. Postal:			
Teléfono: ()				Fax: ()				E-Mail:			
Dirección de Oficina:		Casa:		Edificio:		Apto./Oficina:					
Piso:		Avenida:		Calle/Transversal/Vereda:							
Urbanización:				Ciudad:				Parroquia:			
Municipio:				Estado:				Cod. Postal:			
Teléfono: ()				Fax: ()				E-Mail:			
En caso de ser Persona Jurídica, Datos Corporativos:											
Razón Social:				Nombre Comercial:				N° de Registro Mercantil:		F/Registro:	
Datos del Representante Legal:											
1er. Apellido		2do. Apellido		1er. Nombre		2do. Nombre					
C.I. / R.I.F./ Pasaporte:		Nacionalidad: V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>		Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		F/Nacimiento: __/__/____ dd/mm/aaaa		Estado civil: S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>		Ingreso Promedio Anual Bs.:	
Profesión:		Oficio u Ocupación: Socio <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Ejercicio Independiente <input type="checkbox"/>				Cargo:					
Dirección de Habitación:		Casa:		Edificio:		Apto.:					
Piso:		Avenida:		Calle/Transversal/Vereda:							
Urbanización:				Ciudad:				Parroquia:			
Municipio:				Estado:				Cod. Postal:			
Teléfono: ()				Fax: ()				E-Mail:			
Dirección de Oficina:		Casa:		Edificio:		Apto./Oficina:					
Piso:		Avenida:		Calle/Transversal/Vereda:							
Urbanización:				Ciudad:				Parroquia:			
Municipio:				Estado:				Cod. Postal:			
Teléfono: ()				Fax: ()				E-Mail:			
DATOS DEL TOMADOR (De ser diferente al PROPUESTO ASEGURADO)											
1er. Apellido		2do. Apellido		1er. Nombre		2do. Nombre					
C.I. / R.I.F./ Pasaporte:		Nacionalidad: V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>		Tipo de Persona: Natural <input type="checkbox"/> Jurídica <input type="checkbox"/>		Estado civil: S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>		Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		F/Nacimiento: __/__/____ dd/mm/aaaa	
Actividad Económica: Industrial <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Gubernamental <input type="checkbox"/>						Area o Ramo:		Ingreso Promedio Anual Bs.:			
Profesión:		Oficio u Ocupación: Socio <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Ejercicio Independiente <input type="checkbox"/>				Cargo:					
Dirección de Habitación:		Casa:		Edificio:		Apto.:					
Piso:		Avenida:		Calle/Transversal/Vereda:							
Urbanización:				Ciudad:				Parroquia:			
Municipio:				Estado:				Cod. Postal:			
Teléfono: ()				Fax: ()				E-Mail:			
Dirección de Oficina:		Casa:		Edificio:		Apto./Oficina:					
Piso:		Avenida:		Calle/Transversal/Vereda:							
Urbanización:				Ciudad:				Parroquia:			
Municipio:				Estado:				Cod. Postal:			
Teléfono: ()				Fax: ()				E-Mail:			

En caso de ser Persona Jurídica, Datos Corporativos:							
Razón Social:		Nombre Comercial:		N° de Registro Mercantil:		F/Registro:	
Datos del Representante Legal:							
1er. Apellido		2do. Apellido		1er. Nombre		2do. Nombre	
C.I. / R.I.F./ Pasaporte:		Nacionalidad:	Sexo:	F/Nacimiento:	Estado civil:		Ingreso Promedio Anual Bs.:
		V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	__/__/____ dd/mm/aaaa	S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>		
Profesión:		Oficio u Ocupación:		Socio <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Ejercicio Independiente <input type="checkbox"/>		Cargo:	
Dirección de Habitación:		Casa:		Edificio:		Apto.:	
Piso:		Avenida:		Calle/Transversal/Vereda:			
Urbanización:				Ciudad:		Parroquia:	
Municipio:				Estado:		Cod. Postal:	
Teléfono: ()				Fax: ()		E-Mail:	
Dirección de Oficina:		Casa:		Edificio:		Apto./Oficina:	
Piso:		Avenida:		Calle/Transversal/Vereda:			
Urbanización:				Ciudad:		Parroquia:	
Municipio:				Estado:		Cod. Postal:	
Teléfono: ()				Fax: ()		E-Mail:	
DIRECCIÓN DE COBRO							
Casa:				Edificio:		Apto./Oficina:	
Piso:		Avenida:		Calle/Transversal/Vereda:			
Urbanización:				Ciudad:		Parroquia:	
Municipio:				Estado:		Cod. Postal:	
Teléfono: ()				Fax: ()		E-Mail:	
DATOS DEL RIESGO							
Tipo de Póliza:		Ocasional <input type="checkbox"/>		Declarativa <input type="checkbox"/>			
Clase de Negocio:		Exportación <input type="checkbox"/>		Frontera <input type="checkbox"/>	Importación <input type="checkbox"/>	Mixto <input type="checkbox"/>	Nacional <input type="checkbox"/>
Frecuencia de Viajes (Solo Pólizas Declarativas):		Semestral <input type="checkbox"/>	Cuatrimestral <input type="checkbox"/>	Trimestral <input type="checkbox"/>	Bimensual <input type="checkbox"/>	Mensual <input type="checkbox"/>	Quincenal <input type="checkbox"/>
		Mensual <input type="checkbox"/>	Quincenal <input type="checkbox"/>	Semanal <input type="checkbox"/>	Diario <input type="checkbox"/>		
Nro. de Viajes por Frecuencia:		Límite Máximo por Despacho:			Volúmen Anual Estimado:		
Tipo de Mercancía:		Nueva			Usada		Embalaje:
Procedencia de los Bienes:				Destino de los Bienes:			
Ruta: Desde:				Hasta:			
Medio de Transporte de la Mercancía:						Antigüedad:	
DATOS DEL CONDUCTOR O EMPRESA TRANSPORTISTA							
Apellido		Nombre		C.I. / R.I.F./ Pasaporte	Nacionalidad:	Tipo de Persona:	
					V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	Natural <input type="checkbox"/> Jurídica <input type="checkbox"/>	
En caso de ser Persona Jurídica, Datos del Registro Mercantil:							
Razón Social:		Nombre Comercial:		N° de Registro Mercantil:		F/Registro:	
						__/__/____ dd/mm/aaaa	
Dirección de Oficina:		Casa:		Edificio:		Apto./Oficina:	
Piso:		Avenida:		Calle/Transversal/Vereda:			
Urbanización:				Ciudad:		Parroquia:	
Municipio:				Estado:		Cod. Postal:	
Cod. Area				Cod. Area		E-Mail:	
Teléfono: ()				Fax: ()			
COBERTURAS SOLICITADAS				SI	NO	DEDUCIBLE	SUMA ASEGURADA
Básica CLAUSULA DE CARGA DEL INSTITUTO A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>							
Coberturas Opcionales (El Tomador no esta obligado a contratar estas coberturas)							
Hurto, Falta de Entrega y Extravío				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Motín, disturbios populares, disturbios laborales y daños maliciosos				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
OTROS SEGUROS SOBRE LOS MISMOS BIENES A ASEGURAR							
Pólizas Vigentes:							
NRO. PÓLIZA		NOMBRE DE LA EMPRESA			FECHA DE VENCIMIENTO		
Siniestros:							
FECHA DE OCURRENCIA		CAUSA DEL SINIESTRO			MONTO RECLAMADO		

DECLARACIONES y AUTORIZACIONES**Yo, el PROPUESTO ASEGURADO,**

* Declaro que he leído cuidadosamente y totalmente, una a una, todas las preguntas y respuestas consignadas en esta solicitud de seguro y que ellas son verdaderas, amplias, completas y exactas.

* Declaro que no he omitido ni disimulado, ningún hecho ni circunstancias que puedan modificar la opinión del Asegurador sobre el riesgo a correr por el Seguro solicitado.

* Declaro que el email suministrado me pertenece e identifica plenamente, por lo que autorizo expresamente al Asegurador para enviarme todos los documentos que forman parte del contrato y cualquier comunicación pertinente por este medio.

* Autorizo a las Empresas o Instituciones, para suministrar al Asegurador, todos los datos que posean antes o después del siniestro.

* Autorizo expresamente al Asegurador, a recabar cualquier información relacionada con los riesgos y a verificar los datos de esta Solicitud de Seguro.

* En caso de que proceda la indemnización con ocasión de algún siniestro, Autorizo expresamente al Asegurador, a la realización del pago a través de transferencias bancarias, en cuyo caso me comprometo a enviar el respectivo acuse de recibo en un lapso de veinticuatro (24) horas contadas desde la recepción del referido pago.

Yo, el TOMADOR de la Póliza ,

* Doy fe que el dinero utilizado para el pago de la prima, proviene de una fuente lícita y por lo tanto, no tiene relación alguna con dinero, capitales, bienes, haberes, valores o títulos producto de las actividades o acciones derivadas de operaciones ilícitas previstas en las Normas sobre Prevención, Control y Fiscalización de los Delitos de Legitimación de Capitales y el Financiamiento al Terrorismo, en la Actividad Aseguradora.

Lugar: _____ Fecha: ____ / ____ / ____.
dd / mm / aaaa

Firmas y Huellas :

EI TOMADORHuella Dactilar
(Pulgar Derecho)
o en su defecto
Pulgar Izquierdo**PROPUESTO ASEGURADO**Huella Dactilar
(Pulgar Derecho)
o en su defecto
Pulgar Izquierdo**Intermediario (es):**

Apellido(s) y Nombres:	Código N°:	(%) Porc. de Participación:	Firma:

Para la suscripción de la Póliza se debe anexar a esta Solicitud de Seguro:

Persona Natural:	Persona Jurídica:	
a. Copia fotostática de la Cédula de Identidad laminada.	a. Copia fotostática del Registro de Información Fiscal (RIF).	c. Copia del documento de identidad del representante legal y documento de su nombramiento (cédula de identidad, pasaporte, RIF, entre otros)
b. Copia fotostática del Registro de Información Fiscal (RIF).	b. Acta constitutiva y estatutos sociales de la empresa, con sus correspondientes modificaciones, cuando sea el caso.	d.- Cualquier otro documento relacionado con el cliente y sus actividades.

Avenida Libertador con Calle Negrín, Centro Comercial Av. Libertador, Pisos 2, 3 y PH. Urb. La Florida, Caracas, Distrito Capital
Aprobado por la Superintendencia de la Actividad Aseguradora mediante Providencia N° FSAA-1-1-000582-2021 de fecha 15 de diciembre de 2021

