

**SOLICITUD DE SEGUROS DE
TRANSPORTE TERRESTRE**
I. DATOS DEL TOMADOR

Apellidos y Nombres/ Razón Social:				Tipo de Persona <input type="checkbox"/> Natural <input type="checkbox"/> Jurídica	
Nro. de Cl./Pasaporte/RIF:	Nro. de NIT:	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Estado Civil: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> Otro:		
Lugar de Nacimiento:	País:	Nacionalidad:		Ingreso Promedio Anual (Bs.F.): <input type="checkbox"/> <10 M <input type="checkbox"/> >10 M <input type="checkbox"/> >30 M <input type="checkbox"/> Otro	
Fecha de Nacimiento:	Edad:	Oficio u Ocupación: (Persona Naturales):	Ejercicio Independiente: (Personas Naturales) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Datos del Registro Mercantil (Personas Jurídicas)					
Nombre del Registro Mercantil:		Fecha:	Nro.:	Tomo:	País:
Estado:	Ciudad:	Actividad a la cual se dedica:		Ingreso Anual (Bs.F.):	
Representante Legal de la Empresa					
Apellidos y Nombres:		N° de Cédula / Pasaporte:		Cargo que Ocupa en la Empresa:	
Fecha y N° del Oficio en que fue designado por la Junta Directiva como Representante Legal:					

II. DIRECCIÓN DE HABITACIÓN

Avenida:	Sector:	Calle:	Urbanización:
Edificio/Torre/Quinta:	Piso/ Apto Nro.:	Estado:	Ciudad:
Municipio:	Parroquia:	Zona Postal:	Condiciones de la Vivienda <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Alquilada
Teléfono de Habitación-Celular:	N° del Fax:	E-mail:	

III. DIRECCIÓN DE LA EMPRESA

Nombre de la Empresa donde Trabaja:		Cargo que Desempeña:	
Avenida:	Sector:	Calle:	Urbanización:
Edificio/Torre/Quinta:	Piso/ Apto Nro.:	Estado:	Ciudad:
Municipio:	Parroquia:	Zona Postal:	Teléfono de Oficina:
Teléfono Celular:	N° del Fax:	E-mail:	

IV. DIRECCIÓN DE COBRO

<input type="checkbox"/> Habitación <input type="checkbox"/> Empresa <input type="checkbox"/> Otra: Indique:			
Avenida:	Sector:	Calle:	Urbanización:
Edificio/Torre/Quinta:	Piso/ Apto Nro.:	Estado:	Ciudad:
Municipio:	Parroquia:	Zona Postal:	Teléfono de Hab., Ofic. U Otra:
Teléfono Celular:	N° del Fax:	E-mail:	

V. ASEGURADO ADICIONAL

Apellidos y Nombres/ Razón Social:				Tipo de Persona <input type="checkbox"/> Natural <input type="checkbox"/> Jurídica	
Nro. de CI./Pasaporte/RIF:	Nro. de NIT:	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Estado Civil: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> Otro:		
Lugar de Nacimiento:	País:	Estado:	Ciudad:	Nacionalidad:	
Fecha de Nacimiento:	Edad:	Oficio u Ocupación: (Persona Naturales):	Ejercicio Independiente: (Personas Naturales) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Datos del Registro Mercantil					
Nombre del Registro Mercantil:		Fecha:	Nro.:	Tomo:	País:
Estado:	Ciudad:	Actividad a la cual se dedica:		Ingreso Anual (Bs.F.):	
Representante Legal de la Empresa					
Apellidos y Nombres:		N° de Cédula / Pasaporte:		Cargo que Ocupa en la Empresa:	
Fecha y N° del Oficio en que fue designado por la Junta Directiva como Representante Legal:					

VI. DOCUMENTOS A CONSIGNAR**Persona Natural:**

Copia de la Cédula de Identidad o Pasaporte.

Persona Jurídica:

Copia del RIF / NIT.

Copia de los Documentos Constitutivos de la Empresa y Modificaciones Posteriores.

Copia del Documento en el cual se designa el Representante Legal de la Empresa.

Copia de la Cédula de Identidad o Pasaporte del Representante Legal de la Empresa.

Carta Porte o Guía.

VII. BIENES A ASEGURAR

Mercancia	Código	Embalaje	Código	Tasa

VIII: INFORMACIÓN DE RIESGO

Dirección Ubicación del riesgo:

Teléfono:

Ciudad:

Estado:

En caso de Transportista, indique:

 Exclusivo General (Varias Empresas)

IX.VEHICULOS Propios De Terceros

Cantidad	Tipo	Tonelaje	Principales Transportistas

X. PRINCIPALES ZONAS DE DISTRIBUCIÓN**XI. INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA**

Si ha estado Asegurado anteriormente, Indique: (Por lo menos los últimos tres (3) años)

Compañía de Seguros	N° de Póliza	Primas	Siniestros

Motivo de la Anulación:

Si tiene ud. o su representado otros Seguros con esta Compañía, Indique:

Ramo	N° de Póliza	Nombre del Asegurado	Prima Anual (Bs.F.)

Observaciones:

PARA USO EXCLUSIVO DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS
MONEDA DE LA PÓLIZA: BOLÍVARES DÓLARES
COBERTURAS

El valor a Asegurar se ampara contra los costos de:

 Costo Neto Flete Otros:Movimiento Estimado: Mensual Anual

Bs.F. _____

Monto Máximo por Despacho: Bs.F. _____

Monto Máximo por Bulto: Bs.F. _____

Otros: _____

Transporte adicional de los bienes: Aéreo Terrestre

Desde: _____ Hasta: _____ Línea: _____

 Según Cotización

Dé detalles referente a la Cotización o anexe la misma:

**PARA USO EXCLUSIVO DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS
OTRAS COBERTURAS**

Indicar si el solicitante tiene otros tipos de Coberturas, de la misma naturaleza, que cubran los mismos bienes e informar las Compañías Aseguradoras y los montos asegurados:

Beneficiarios nombrados: _____

Observaciones: _____

DATOS DE LA PÓLIZA

Cód.Cía.	Cód. Ramo/ Rgo.	N°Póliza		
Emisión Manual <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	N° Recibo.	Prima Recibo (Bs.F.)	Cód Scur.	
Vigencia de la Póliza		Renovación Automática:	Tipo de Vigencia:	
Desde:	Hasta:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Prorrata <input type="checkbox"/> Corto Plazo <input type="checkbox"/> Abierta	
Forma de Pago: <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual			Tasa	
<input type="checkbox"/> Declarativa con Prima de Depósito (DD) <input type="checkbox"/> Declarativa con Ajuste Anual (DA) <input type="checkbox"/> Declarativa sin Ajuste (DS)				
Recargo: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Prima Depósito (Bs.F.):	Fuente de Negocio: <input type="checkbox"/> Directo <input type="checkbox"/> Directo con Coaseguro Cedido		
		<input type="checkbox"/> Intermediarios <input type="checkbox"/> Coaseguro Aceptado <input type="checkbox"/> Reaseguro Aceptado		
Origen del Negocio: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Cuentas Especiales <input type="checkbox"/> Negocios Especiales <input type="checkbox"/> Negocios Referidos				
<input type="checkbox"/> Negocios del Estado <input type="checkbox"/> Administrativos				
% Gral. Comisión:	Cód. Combinado Productor:	Cód. Productor 1:	Nombre del Productor 1:	
Cód. Productor 2 :	Nombre del Productor 2:			

DATOS DEL COASEGURO ACEPTADO

Cód. Compañía Líder:	N° Póliza Líder:	N° Cesión Líder:	Nuestro % Participación					
Datos del Coaseguro Cedido			Datos del Reaseguro Cedido					
% Repetición:			Tipo de Distribución	Código Tratado	Código Reasegurador	Código Serie	%Partic.	% Comisión
Cód. Coasegurador	% Partic.	% Comisión						
Totales.....			Totales.....					
Deducible:								

XII. DECLARACIÓN DE FE

Yo, _____, titular de la cédula de identidad Nro. _____, en mi carácter de _____ declaro que la información proporcionada en la presente solicitud, que formara parte integrante de la (s) póliza (s) en trámites de emisión, es enteramente conforme a la verdad y que no he hecho omisiones ni ocultado intencionalmente información necesaria para la correcta apreciación del riesgo.

Yo, el tomador, doy fé que el dinero utilizado para el pago de la prima de la póliza a suscribir, proviene de una fuente lícita por lo tanto no tiene relación alguna con dinero, capitales, bienes, haberes, valores o títulos, producto de las actividades ilícitas o de delitos de Legitimación de Capitales previstos en la Ley Orgánica contra la Delincuencia Organizada.

Firmado en _____ el día ____ del mes de _____ del año _____

Firma del solicitante o Representante Legal

C.I. N° _____

Cargo _____

Firma del Intermediario de Seguros

Código N° _____

(Sello de la Compañía)