AIG C.A. DE SEGUROS American International

FECHA DE SOLICITUD		
Día	Mes	Año

R.I.F. N° J – 00053617-1
Inscrita en la Superintendencia de Seguros bajo el N° 66

SOLICITUD DE SEGUROS DE TRANSPORTE TERRESTRE

I. DATOS DEL TOMADOR

Apellidos y Nombres/ Razón Social:				Tipo de Persona ☐ Natural ☐ Jurídica
Nro. de CI./Pasaporte/RIF:	Nro. de NIT:	Sexo: ☐F ☐M	Estado Civil: ☐S ☐C ☐D ☐V ☐Otro:	
Lugar de Nacimiento:	País:		Nacionalidad:	Ingreso Promedio Anual (Bs.F.): ☐<10 M ☐>10 M ☐>30 M ☐ Otro
Fecha de Nacimiento:	Edad:	Oficio u Ocupación: (Persona Naturales):		Ejercicio Independiente: (Personas Naturales) ☐ Si ☐ 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 ☐ Propia ☐ 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

☐ Habitación ☐ Empresa ☐ 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 ☐ Natural ☐ Jurídica
Nro. de CI./Pasaporte/RIF:	Nro. de NIT:	Sexo: ☐F ☐M	Estado Civil: ☐S ☐C ☐D ☐V ☐Otro:	
Lugar de Nacimiento:	País:	Estado:	Ciudad:	Nacionalidad:
Fecha de Nacimiento:	Edad:	Oficio u Ocupación: (Persona Naturales):	Ejercicio Independiente: (Personas Naturales) ☐ Si ☐ 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 ☐ Si ☐ No	N° Recibo.	Prima Recibo (Bs.F.)	Cód Scur.
Vigencia de la Póliza Desde:	Hasta:	Renovación Automática: ☐ Si ☐ No	Tipo de Vigencia: ☐ Normal ☐ Prorrata ☐ Corto Plazo ☐ Abierta
Forma de Pago: ☐ Mensual ☐ Trimestral ☐ Semestral ☐ Anual ☐ Declarativa con Prima de Depósito (DD) ☐ Declarativa con Ajuste Anual (DA) ☐ Declarativa sin Ajuste (DS)			Tasa
Recargo: ☐ Si ☐ No	Prima Depósito (Bs.F.):	Fuente de Negocio: ☐ Directo ☐ Directo con Coaseguro Cedido ☐ Intermediarios ☐ Coaseguro Aceptado ☐ Reaseguro Aceptado	
Origen del Negocio: ☐ Normal ☐ Cuentas Especiales ☐ Negocios Especiales ☐ Negocios Referidos ☐ Negocios del Estado ☐ 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. Nº_____

Cargo _____

_____

Firma del Intermediario de Seguros

Código Nº_____

_____

(Sello de la Compañía)