

**SOLICITUD DE SEGURO DE TRANSPORTE**
**I. DATOS DEL ASEGURADO PERSONA NATURAL O REPRESENTANTE LEGAL DEL CONTRATANTE**

Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre		Apellido de casada	
Lugar de Nacimiento:				Fecha de Nacimiento			Edad:		Nacionalidad:
				Día:	Mes:	Año:			
Tarjeta de identidad <input type="checkbox"/>		Tipo de identificación		Número de identidad		Numero de RTN:			
Pasaporte <input type="checkbox"/>		Carné de residente <input type="checkbox"/>							
Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Estado Civil S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> U.L. <input type="checkbox"/>		Nombre completo del cónyuge o Pareja:					
Dirección completa de residencia incluyendo Departamento y Municipio:									
Teléfono de Residencia:			Teléfono Celular:				Fax No.:		
Correo electrónico:					Profesión, ocupación, oficio o actividad económica:				
Nombre y Giro del Negocio (Si aplica):									
Nombre de la empresa donde labora:			Posición /Cargo que desempeña:			Tiempo de laborar en la empresa:			
Dirección completa de la empresa donde labora incluyendo Departamento y Municipio:									
Teléfono del trabajo:		Fax No.:		Correo electrónico:			Sitio web:		
Especificar detalladamente la fuente de ingreso y/o origen de los recursos:				Nivel aproximado de Ingreso según el Salario Mínimo mensual vigente (SMMV) en Lps.:					
				De 0-10,000.00 <input type="checkbox"/> De 10,000.01-15,000.00 <input type="checkbox"/> De 15,000.01-30,000.00 <input type="checkbox"/> De 30,000.01-40,000.00 <input type="checkbox"/> De 40,000.01-80,000.00 <input type="checkbox"/> De 80,000.01-100,000.00 <input type="checkbox"/> De 100,000.01 en Adelante <input type="checkbox"/>					
Ha Desempeñado un Cargo Público en los últimos cuatro (4) años? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Nombre de la Institución?									
Realiza usted Actividades y Profesiones No Financieras Designadas (APNFD)? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si su respuesta es Si entregar constancia de la CNBS.									
Actúa usted por cuenta propia? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si su respuesta es No en Nombre de quién?									

**II. INFORMACIÓN DE LA PERSONA JURÍDICA CONTRATANTE**

Razón o Denominación Social:			Nombre Comercial:			No. R.T.N.		
Dirección de la Oficina Principal incluyendo Departamento, Municipio/Ciudad:								
Número de Teléfono		Número de Fax		Correo electrónico			Fecha de Constitución:	
Objeto social y/o actividad económica:								
Departamentos y/o Países donde opera el negocio:								
La empresa realiza Actividades y Profesiones No Financieras Designadas (APNFD)? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si su respuesta es Si entregar constancia de la CNBS.								
Detalle de la estructura de Propiedad y Control de la sociedad; describa quienes son los socios, accionistas o propietarios y sus porcentajes de Participación:								
<b>Nombre Completo</b>			<b>Numero de Identidad</b>			<b>% Participación</b>		
1.								
2.								
3.								



- f. Echazón
- g. Participación del Asegurado en aquella proporción de responsabilidad que le corresponda, en virtud de la Cláusula de “Ambos Culpables de Colisión” del contrato de Transporte, respecto de una pérdida recuperable por este seguro. En el caso que se produzca cualquier reclamación de los armadores en razón de dicha Cláusula, el Asegurado se obliga a notificarlo a la Compañía, la que queda facultada para defender al Asegurado a su propia costa y expensas contra dicha reclamación.
- 2. Para el Transporte Terrestre**
- a. Incendio y Explosión no intencionales;
- b. Colisión, auto ignición, vuelco o descarrilamiento del medio de transporte, incluyendo hundimiento o derrumbe de puentes;
- 3. Para el Transporte Aéreo**
- a. Incendio y Explosión no intencionales;
- b. Choque, colisión o caída del medio de transporte;
- 4. Para Envíos Postales**
- a. Las pérdidas o daños materiales causados a los bienes asegurados, por los riesgos antes indicados en esta cláusula de la Póliza, según el medio de transporte empleado, y siempre que los envíos hayan sido registrados en la Oficina Postal de origen.

**COBERTURAS ADICIONALES:**

Cobertura	Amparado/Excluido	Cobertura	Amparado/Excluido
a) Robo de bulto por entero		i) Falta de peso y derrame	
b) Robo parcial		j) Cláusula de Todo Riesgo (comprende exclusivamente las coberturas anteriores del inciso “a” al inciso “i”)	
c) Mojadura de agua dulce		k) Motín, Huelgas y alborotos populares	
d) Mojadura de agua del mar		l) Guerra a flote	
e) Contacto con otras cargas			
f) Manchas			
g) Oxidación			
h) Roturas			

**VII.- DEDUCIBLE**

**VIII.- DESCRIPCION DE MERCADERIA**

Tipo de Mercadería	Procedencia	Destino	Medio de Transporte

Clase de Empaque:	
Transportista:	Medio de Transporte:
Consignatario: Nombre o Razón Social:	
Dirección:	

IX.- TIPO DE POLIZA DECLARATIVA  ESPECIFICA  MONEDA: LPS  U\$S

**Para pólizas Declarativas Únicamente:**

Frecuencia de Embarques: _____
Límite Máximo por Embarque: _____
Valor Mínimo Transportado: _____
Estimación Mensual Embarques: _____

X.- MEDIO DE TRANSPORTE

Marítimo <input type="checkbox"/>	Aéreo <input type="checkbox"/>	Terrestre <input type="checkbox"/>	Envíos Postales <input type="checkbox"/>
-----------------------------------	--------------------------------	------------------------------------	--

XI.- RESUMEN DE PRIMAS

No.	Detalle	Suma Asegurada	Tasa	Prima
1				
2				
3				
<b>La tasa de Conversión que se utilizo fue de:</b>		Prima Neta		
		Impuesto		
		Gastos de Emisión		
<b>Forma de Pago:</b>		<b>PRIMA TOTAL</b>		

XII.- INFORMACION ADICIONAL

a) Mantiene pólizas suscritas con esta u otra(s) aseguradora(s)?, (especifique: nombre de la aseguradora, tipo de seguro, suma asegurada)			
b) Los bienes aquí descritos están o han estado asegurados con otra compañía de seguros? Cuando?, Suma Asegurada?, Con qué Compañía		SI	NO
c) Le han rechazado, cancelado o aceptado algún seguro bajo condiciones especiales?		SI	NO
Explique:			
d) Ha tenido algún siniestro en los últimos 3 años?		SI	NO
A cuanto ascendió la perdida?, Causas?			

Por la presente declaramos que todo lo expuesto por nosotros en el Cuestionario y Solicitud está completo y concuerda con la verdad según nuestro leal saber y entender, y por la presente estamos de acuerdo con que este Cuestionario y Solicitud constituya la base y forme parte de la póliza extendida en relación con el riesgo mencionado arriba. Queda estipulado que el asegurador sólo será responsable en concordancia con los términos de la póliza y que el asegurado no presentará ninguna otra reclamación de la naturaleza que fuere. El asegurador tratará esta información con estricta confidencia.- Autorizo a Seguros del País, S.A., a poder ingresar a la Central de Riesgo de la Comisión Nacional de Bancos y Seguros y a las demás centrales de riesgos del País, cuando lo estime conveniente para corroborar la información brindada.

Así mismo declaro que he recibido una copia fiel de las condiciones generales de este seguro, las cuales declaro conocer.

Lugar y Fecha:

_____ Nombre del Solicitante o Representante legal según escritura o Poder de Representación	_____ Firma del Solicitante o Representante legal según escritura o Poder de Representación
---	--

Nombre del Intermediario	Código del Intermediario	Zona	% de Comisión	Oficial de Negocios