



SEGUROS LOS ANDES

COMPANÍA ANONIMA, INSCRITA EN LA SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS - MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA ECONOMÍA Y FINANZAS BAJO EL N° 44 MIEMBRO DE LA CÁMARA DE ASEGURADORES DE VENEZUELA
R.I.F. J-07001737-6 - AV. LAS PILAS, URB. SANTA INÉS, EDIFICIO SEGUROS LOS ANDES, SAN CRISTÓBAL, TÁCHIRA. INSCRITA EN EL REGISTRO MERCANTIL QUE LLEVABA EL
JUZGADO DE PRIMERA INSTANCIA CIVIL Y MERCANTIL DEL ESTADO TÁCHIRA, BAJO EL N° 16 DE FECHA 06 DE FEBRERO DE 1.956.
REPRESENTANTE: LIC. ALEXANDER PÉREZ - VICEPRESIDENCIA TÉCNICA, APODERADO BAJO PODER AUTENTICADO ANTE LA NOTARÍA PÚBLICA NOVENA
DEL MUNICIPIO CHACAO DEL EDO. MIRANDA EN FECHA 16-02-06, BAJO EL N° 15, TOMO 21.

SOLICITUD PÓLIZA DE SEGURO DE TRANSPORTE DE MERCANCÍAS (AEREO, MARÍTIMO, TERRESTRE)

Fecha de Solicitud: / /	N° Póliza	Vigencia	Desde 12M.	D	M	A	Hasta 12M.	D	M	A
-------------------------	-----------	----------	------------	---	---	---	------------	---	---	---

DATOS DEL TOMADOR

PERSONA JURÍDICA

Nombre ó Razón Social (Indique las siglas si las tiene)										
Fecha de Constitución / /			Registro Mercantil _____ Tomo _____ N° _____							
N° R.I.F. / R.F.P.			Actividad Económica				Promedio de Ventas Mensuales			
Representante Actual										
Dirección de Cobro										
Teléfono 1			Teléfono 2			Teléfono 3			Fax	
Celular			País				Estado			
Ciudad			Municipio				Zona Postal			
E-mail										

ASEGURADO PROPUESTO (Llenar en caso de ser diferente al tomador)

PERSONA JURÍDICA

Nombre ó Razón Social (Indique las siglas si las tiene)										
Fecha de Constitución / /			Registro Mercantil _____ Tomo _____ N° _____							
N° R.I.F. / R.F.P.			Actividad Económica				Promedio de Ventas Mensuales			
Representante Actual										
Dirección de Cobro										
Teléfono 1			Teléfono 2			Teléfono 3			Fax	
Celular			País				Estado			
Ciudad			Municipio				Zona Postal			
E-mail										

CARACTERÍSTICAS DE LA MERCANCÍA POR ASEGURAR:

Clase de Mercancía: _____
Tipo de Embalaje: Madera () A Granel ()
Container () Otro () _____

MÉDIOS DE TRANSPORTE (Áereo - Marítimo)

Barco <input type="checkbox"/>	Nombre de la Embarcación:	Tipo de Bandera:
Ferry <input type="checkbox"/>		
Avión <input type="checkbox"/>	Siglas de la Aeronave:	

SEGURO MARÍTIMO - AÉREO

Procedencia (Importación) y/o destino (Exportación) de la Mercancía:

-Vía (Puerto de Embarque o Descarga): _____

Marcas, indicaciones o abreviaturas de los empaques de las mercancías que generalmente se importan:

Casa despachadora: _____

Agente Aduanal: _____

Factura Comercial o conocimiento del embarque: _____

RIESGOS A CUBRIR:

Básicas:	Adicionales
Cláusula "A" del Instituto ()	Cláusula de Huelga ()
Cláusula "B" del Instituto ()	Cláusula de Guerra ()
Cláusula "C" del Instituto ()	Cláusula de Daños Maliciosos ()

- Monto mensual de las importaciones y exportaciones (Aprox.) Bs. _____

- Monto anual de las importaciones y exportaciones (Aprox.) Bs. _____

- El límite máximo de las coberturas solicitadas por cada embarque (en un mismo y solo medio de transporte), y/o en un mismo lugar es de Bs. _____

SEGURO TERRESTRE (INTERNO):**Datos del Vehículo:**Camión
Gandola

Placa:

Modelo:

Año:

Color:

Rutas a seguir:

Trayecto: _____

Desde _____ Hasta _____

-Características de los camiones que se utilizan para el transporte de las mercancías:

- En caso de ser los camiones alquilados, nombre de los transportistas: _____

- Movimiento mensual de la mercancía transportada Bs. _____

- Movimiento anual de la mercancía transportada Bs. _____

- El límite máximo de la cobertura solicitada por cada embarque (en un solo y mismo medio de transporte) y/o en un mismo lugar es de Bs. _____

Riesgos a cubrir**Básica:**

-
- F.P.A. (libre de avería particular)
-
-
- Excluyendo falta de entrega

Adicionales:

-
- Robo
-
-
- Asalto y Atraco
-
-
- Huelga, Motín y Daños Maliciosos
-
-
- Carga y Descarga

TIPOS DE TRANSPORTEDeclarativa Abierta Ocasional Importación Exportación

Otros: Especifique:

Observaciones del Productor:**OTROS SEGUROS QUE CUBRAN EL MISMO RIESGO**

Nombre de la Empresa Aseguradora	Nro. de la Póliza

OTRAS PÓLIZAS EN SEGUROS LOS ANDES

Nro. de Póliza	Producto

INFORMACIÓN ADICIONAL

Póliza Anterior	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Nombre de la Compañía Aseguradora Anterior:		
Por quién fue anulada la Póliza		
Por la Compañía <input type="checkbox"/>	Por el Intermediario <input type="checkbox"/>	Por el Asegurado <input type="checkbox"/>
Otros <input type="checkbox"/>	_____	
Razones de la Anulación:		
Siniestralidad últimos 3 años:		
Monto de los Siniestros Pagados:	Monto de los Siniestros Pendientes:	
Número de Siniestros:	Monto de Siniestro Mayor:	

EN CASO DE HACERSE EFECTIVA ESTA SOLICITUD:

Nos comprometemos a pasar los informes de los transportes individuales de las mercancías en los formularios de declaraciones que a tal fin nos suministrará la Compañía de Seguros

Los datos indicados en esta solicitud servirán de base para el Contrato de Seguro, siempre que éste se lleve a cabo, y de su exactitud depende la validez del Seguro. Domicilio especial para los efectos del Seguro: San Cristóbal. Queda entendido que esta solicitud no nos obliga a la celebración del Contrato.

Observaciones (Para uso exclusivo de la Compañía)

El Tomador garantiza, mediante la firma contenida en la presente solicitud, que toda información declarada libremente aquí, es completa y verídica, que no ha suprimido información alguna que pudiere cambiar el concepto de gravedad del riesgo e influenciar erróneamente la decisión de la Empresa de Seguros respecto de dicho riesgo y que se encarga de ejercer toda la precaución razonable para salvaguardar los bienes objeto del seguro aquí solicitado. Conviene asimismo, que esta solicitud y declaraciones contenidas formarán la base de la póliza a ser emitida por la Empresa de Seguros y cualquier omisión, falsedad o falta en las declaraciones será la causa suficiente para que el seguro concedido de ésta solicitud, quede nulo en su totalidad, desde su comienzo u otra fecha elegida por la Empresa de Seguros, de conformidad con lo señalado en las condiciones de la póliza.

“Yo _____, el Tomador doy fé 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 de los delitos de Legitimación de capitales previstos en la Ley Orgánica Contra la Delincuencia Organizada.”

Ciudad y Fecha

Firma del Asegurado
Titular

Firma del Tomador

Firma del Productor de Seguros

Código