

**Datos del Solicitante / Tomador**

**Datos de Identificación: Persona Natural**

|                      |                                     |                                     |                 |  |
|----------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-----------------|--|
| Nro. CI./ Pasaporte: | Nacionalidad:                       | <input type="checkbox"/> Pasaporte  |                 |  |
|                      | <input type="checkbox"/> Venezolana | <input type="checkbox"/> Extranjera | País de origen: |  |
| 1er. Apellido:       | 2do. Apellido:                      | Apellido de Casada:                 |                 | Residente: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 1er. Nombre:         | 2do. Nombre:                        |                                     |                 |  |
| E-mail:              |                                     |                                     |                 |  |

**Datos de Identificación: Persona Jurídica**

|  |              |  |
|--|--------------|--|
| Tipo de Persona:   | Nro. de RIF: |  |
| <input type="checkbox"/> Jurídica <input type="checkbox"/> Gubernamental |              |  |
| Denominación de la Razón Social:   |              |  |
| Siglas / Nombre Comercial:   |              |  |

**Datos de los Bienes a Asegurar**

|   |  |                                      |                                      |                                  |                                   |
|---|--|--------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| Tipo de Póliza                                      | <input type="checkbox"/> Ocasional     | <input type="checkbox"/> Declarativa |                                      |                                  |                                   |
| Clase de Negocio                                    | <input type="checkbox"/> Exportación   | <input type="checkbox"/> Frontera    | <input type="checkbox"/> Importación | <input type="checkbox"/> Mixto   | <input type="checkbox"/> Nacional |
| Frecuencia de Viajes<br>(Sólo Pólizas Declarativas) | <input type="checkbox"/> Semestral     | <input type="checkbox"/> Trimestral  | <input type="checkbox"/> Mensual     | <input type="checkbox"/> Semanal |                                   |
|   | <input type="checkbox"/> Cuatrimestral | <input type="checkbox"/> Bimensual   | <input type="checkbox"/> Quincenal   | <input type="checkbox"/> Diario  |                                   |
| Número de Viajes por Frecuencia                     | Límite Máximo por Embarque:            |                                      | Monto Anual Estimado:                |                                  |                                   |
| Tipo de Mercancía: _____                            |  |                                      |                                      |                                  |                                   |
| Embalaje: _____                                     |  |                                      |                                      |                                  |                                   |

|  |                            |                        |
|--|----------------------------|------------------------|
| Límite Máximo de Responsabilidad por Vehículo: | Procedencia de los Bienes: | Destino de los Bienes: |
| Ruta: Desde:                                   | Hasta:                     |                        |
| Medio de Transporte de la Mercancía:           |                            |                        |

**Datos del Conductor** (Encargado del medio de Transporte que trasladará la Mercancía)

|   |                      |  |
|---|----------------------|--|
| Nacionalidad:   | Nro. CI./ Pasaporte: |  |
| <input type="checkbox"/> Venezolana <input type="checkbox"/> Extranjera |                      |  |
| Apellidos y Nombres:  |                      |  |

**Dirección de Residencia del Conductor**

|                         |                   |                      |  |
|-------------------------|-------------------|----------------------|--|
| País:                   |                   | Estado:              | Ciudad:                                  |
| Urbanización:           |                   | Av./ Calle /Transv.: | CC./ Edif./ Torre /Casa / Quinta /Local: |
| Piso Nro. /Nivel:       | Of./Apto.:        | Telf. (Cód.) Nro.:   | Telf. Cel. (Cód.) Nro.:                  |
| Otro Telf. (Cód.) Nro.: | Fax: (Cód.) Nro.: | E-mail:              |  |

| Coberturas Seleccionadas                                 |                     |                |
|--|---------------------|----------------|
| Nombre de los Bienes                                     |                     | Suma Asegurada |
| <input type="checkbox"/> Básica de Transporte Terrestre  | Seleccione sólo una |                |
| <input type="checkbox"/> Pérdida Total                   |                     |                |
| <input type="checkbox"/> Robo, Asalto y Atraco           |                     |                |
| <input type="checkbox"/> Hurto Simple                    |                     |                |
| <input type="checkbox"/> Hurto                           |                     |                |
| <input type="checkbox"/> Huelga, Motín y Conmoción Civil |                     |                |
| <input type="checkbox"/> Carga y Descarga                |                     |                |
| <input type="checkbox"/> Falta de Entrega o Extravío     |                     |                |
| <input type="checkbox"/> Refrigeración                   |                     |                |

| Beneficiario         |                      |
|----------------------|----------------------|
| Apellidos y Nombres: | Nro. CI./ Pasaporte: |

| Experiencia con Otras Pólizas Vigentes |                |          |             |
|--|----------------|----------|-------------|
| Compañía                               | Suma Asegurada | Vigencia | Póliza Nro. |
|  |                |          |             |
|  |                |          |             |

| Reclamos |               |                     |             |
|----------|---------------|---------------------|-------------|
| Compañía | Monto Pérdida | Fecha de Ocurrencia | Póliza Nro. |
|          |               |                     |             |
|          |               |                     |             |

**Declaración del Solicitante**

Doy fe que el dinero utilizado para el pago de Financiamiento de Primas proviene de operaciones lícitas, realizadas con estricta observación a la Legislación Nacional y por lo tanto, no tiene relación alguna con bienes, haberes o capitales, producto de las actividades a que se refiere la Ley Orgánica Contra la Delincuencia Organizada.

Lugar y Fecha Declaración: \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_

|                                     |                |                      |                |
|-------------------------------------|----------------|----------------------|----------------|
| Razón Social / Apellidos y Nombres: | Firma y Sello: | Nro. de C.I./R.I.F.: | Lugar y Fecha: |
|-------------------------------------|----------------|----------------------|----------------|

| Intermediario:                     |         |       |
|------------------------------------|---------|-------|
| Apellidos y Nombres Intermediario: | Código: | Firma |

Aprobado por la Superintendencia de Seguros mediante Oficio Nro. 6060 de fecha 23 de julio 2004.