



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 MARÍTIMO Y AÉREO****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		
<b>Datos del Registro Mercantil (Personas Jurídicas)</b>					
Nombre del Registro Mercantil:		Fecha:	Nro.:	Tomo:	País:
Estado:	Ciudad:	Actividad a la cual se dedica:		Ingreso Anual (Bs.F.):	
<b>Representante Legal de la Empresa</b>					
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:/ 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:		
Fecha de Nacimiento:	Edad:	Oficio u Ocupación: (Persona Naturales):	Ejercicio Independiente: (Personas Naturales) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
<b>Datos del Registro Mercantil</b>					
Nombre del Registro Mercantil:		Fecha:	Nro.:	Tomo:	País:
Estado:	Ciudad:	Actividad a la cual se dedica:		Ingreso Anual (Bs.F.):	
Dirección:					
<b>Representante Legal de la Empresa</b>					
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.

**VII. BIENES POR ASEGURAR OBJETO DEL TRANSPORTE**

Consistente en:

Procedencia de los bienes o inicio del Transporte:

Destino de los bienes o final del Transporte:

Lugares de depósitos transitorios de la mercancía:  Propios  De Terceros**VIII. LÍMITES DE RESPONSABILIDAD**Tipo de Póliza que se solicita:  Declarativa  Por Despacho  Abierta  Otra Por Embarque:  Máximo en un mismo lugar y a un mismo tiempoPeríodo del seguro contratado:  Anual  Semestral  Mensual  Por Viaje

Número de viajes estimados según el período de seguro que se contrata:

Volumen anual de despachos estimado: Valor de los bienes que se transportan:

Valuación suma asegurada: Transporte:  Marítimo  Aéreo

Línea Transportadora: Año de la Nave: Toneladas:

Estado de la Nave: Fecha de Comienzo del Seguro:

Puerto de partida: País: Puerto de llegada: País:

Almacén de partida de los bienes: Almacén de llegada de los bienes:

**IX. INFORMACIÓN GENERAL**Póliza Anterior:  Si  No

Nombre de la Compañía Aseguradora Anterior:

¿Por quién fue resuelta la Póliza?:  
 Por la Compañía  Por el Asegurado  Por el Intermediario  Otros

Razones de la terminación de la póliza:

Siniestralidad últimos tres años:

Monto de los siniestros (Bs.F.):

Pegados:

Pendientes de Pago:

Número de Siniestros

Monto Siniestros Mayor (Bs.F.):

Describir brevemente la causa de los siniestros ocurridos en los últimos 3 años:

Siniestralidad últimos tres años:

Monto de los siniestros (Bs.F.):

Pegados:

Pendientes de Pago:

Número de Siniestros

Monto Siniestros Mayor (Bs.F.):

Describir brevemente la causa de los siniestros ocurridos en los últimos 3 años:

**X. 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: \_\_\_\_\_

**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:

**DATOS DE LA PÓLIZA**

Tipo de Póliza: <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Colectivo o Flota <input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/> Multilocal RI <input type="checkbox"/> Multilocal RD		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.
<b>Vigencia de la Póliza</b>			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 <input type="checkbox"/> Declarativa con Prima de Depósito (DD) <input type="checkbox"/> Declarativa con Ajuste Anual (DA) <input type="checkbox"/> Declarativa sin Ajuste (DS)					Tasa
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					
<b>Datos del Coaseguro Cedido</b>			<b>Datos del Reaseguro Cedido</b>					
% Repetición:			Tipo de Distribución	Código Tratado	Código Reasegurador	Código Serie	%Partic.	% Comisión
Cód. Coasegurador	% Partic.	% Comisión						
<b>Totales.....</b>			<b>Totales.....</b>					

**Deducible:**

## XI. 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)