



## SOLICITUD SEGURO DE TRANSPORTE

### I. TIPO DE PERSONA

Persona Natural <input type="checkbox"/>	Persona Jurídica <input type="checkbox"/>	Comerciante Individual <input type="checkbox"/>
Empresa de Gobierno <input type="checkbox"/>	Entidad Supervisada <input type="checkbox"/>	ONG <input type="checkbox"/>
		APNFD <input type="checkbox"/>

### II. DATOS GENERALES DEL TOMADOR DE SEGURO / REPRESENTANTE LEGAL

Razón o Denominación Social		Nombre Comercial		Fecha de Constitución Día   Mes   Año
R.T.N. de la Empresa		No. de Incripción en Registro Mercantil	Objeto Social y/o Actividad Económica	
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Apellido De Casada
Identidad No.:		Tipo de Identificación		
		Tarjeta de Identidad <input type="checkbox"/>	Pasaporte <input type="checkbox"/>	Carnet Residencia. <input type="checkbox"/>
R.T.N. No.:		Fecha de Nacimiento		Edad
		Día:	Mes:	Año:
Lugar de Nacimiento Municipio   Departamento   País			Nacionalidad (es):	
Género	Estado Civil			
Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	Soltero (a) <input type="checkbox"/> Casado (a) <input type="checkbox"/> Viudo (a) <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Divorciado (a) <input type="checkbox"/> Separado (a) <input type="checkbox"/>			
Nombre completo del Cónyuge		No. Identidad del Cónyuge		
<b>Dirección Completa de Residencia</b>				
Departamento:	Municipio:	Ciudad:	Colonia:	
Bloque No.:	Casa No.:	Calle:	Avenida:	
Otras referencias o señas:				
Teléfono Fijo:	Celular:	Otro Teléfono:	Fax:	
Correo Electrónico:				
Profesión u oficio:				
<b>Origen de sus Recursos</b>				
Actividad económica principal:				
Ocupación actual: Asalariado <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/>				

**Más que Seguros, Somos Solidarios**

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No. 13/18-06-2019.



Posee Negocio Propio: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Nombre del Negocio (Si aplica):	Giro o actividad económica del negocio:	
Nombre empresa donde labora:		Posición/ Cargo que desempeña:		Fecha de Empleo Día: Mes: Año:
<b>Dirección Completa de la Empresa</b>				
Departamento:	Municipio:	Ciudad:		Colonia:
Bloque No:	Edificio:	Calle:		Avenida:
Teléfono No:		Fax No:		Otros teléfonos:
Correo Electrónico:			Sitio Web:	

**III. DATOS GENERALES DEL PERSONAL AUTORIZADO PARA CONTRATAR (SI ES DISTINTO AL ASEGURADO / REPRESENTANTE LEGAL)**

Nota: En caso de que aplique, solicite formulario correspondiente para detallar dicha información.
--

**IV. INFORMACIÓN DE SEGUROS**

Propósito del Seguro:	
Mantiene pólizas suscritas con esta u otra (s) aseguradora (s): SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Nombre de la Aseguradora:
Tipo (s) de Seguro (s):	Suma (s) Asegurada (s):

**V. DATOS GENERALES DEL CONTRATANTE**

**Dirección Completa**

Departamento:	Municipio:	Ciudad:		Colonia / Barrio:
Bloque No:	Edificio:	Calle:		Avenida:
Teléfono No:		Fax No:		Otros teléfonos:
Correo Electrónico:				
Sitio Web:				

**Más que Seguros, Somos Solidarios**

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No. 13/18-06-2019.



¿Tiene su empresa oficinas en otros departamentos o en el extranjero? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Dónde? (Anexe detalle en caso de ser necesario)
¿La Empresa previene y controla el Lavado de Activos y Financiamiento al Terrorismo? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

#### VI. INFORMACIÓN DEL SEGURO

Oferta para póliza:	Específica:	Abierta:
Suma propuesta:	Estimación Anual Import / Export L.	
Límite Máximo por Embarque según Vía: Marítima L.	Aérea L.	Terrestre:

#### VII. VIGENCIA

Vigencia:	Desde:	Hasta:
-----------	--------	--------

#### VIII. COBERTURAS

##### Cobertura Básica:

No.	Descripción	Tasa
1	Riesgos Ordinarios de Tránsito	

##### Riesgos Especiales

No.	Detalle	Tasa%	Amparado/excluido	No.	Detalle	Tasa %	Amparado/excluido
1	Robo de Bulto por Entero			7	Oxidación		
2	Robo Parcial			8	Roturas		
3	Mojaduras de Agua de Mar			9	Mermas y/o Derrames		
4	Mojaduras de Agua Dulce			10	Todo Riesgo de Transporte		
5	Contacto con Otras Cargas			11	Carga Sobre Cubierta Adicionada a los Riesgos Marítimos		
6	Manchas			12	Cobertura de Ganado		

Cláusula de Bodega a Bodega:	Si: _____	No: _____
------------------------------	-----------	-----------

**Más que Seguros, Somos Solidarios**

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No. 13/18-06-2019.



**IX. ESPECIFICACIONES DEL BIEN A ASEGURAR**

**Descripción de la Mercadería**

Tipo de Mercadería	Procedencia	Destino	Vía		
			M	A	T
<b>Clase de Empaque:</b>					

**Nombre de la Empresa Transportadora (Indicar medio de transporte)**

Transportado(s) por:
----------------------

**Consignatario**

Nombre, Razón o Denominación Social
-------------------------------------

**X. RESUMEN**

No.	Detalle	Suma Propuesta (Lps o US\$)	tasa por ciento%	Valor Prima (Lps o US\$)	
1					
2					
3					
4					
5					
		<b>Prima Neta</b>			
<b>Número de Pagos</b>		<b>Impuesto</b>			
		<b>Gastos de Emisión</b>			
		<b>Prima Total</b>			

**Más que Seguros, Somos Solidarios**

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No. 13/18-06-2019.



**XI. DEDUCIBLE**

**XII. DECLARACIONES DEL SOLICITANTE**

**Declaro:**

1. Que los montos que ofrezco para asegurar en relación a Existencia de Mercaderías corresponden al valor de costos de los mismos, sin incluir márgenes de utilidad esperada o beneficio.
2. Que las mercaderías que ofrezco para asegurar permanecerán única y exclusivamente en el local o los locales identificados y descritos en esta oferta y que no serán trasladados a otros locales, casas de habitación, bodegas o depósitos de mi propiedad o de propiedad de terceros o arrendados por mí, sin previo consentimiento por escrito de ustedes.
3. Que llevo libros de contabilidad de acuerdo con la ley y que la persona encargada de llevar los mismos es \_\_\_\_\_ con domicilio en \_\_\_\_\_ y que tales libros de contabilidad se encuentran en orden a la fecha \_\_\_\_\_ habiéndose practicado el último inventario a la fecha \_\_\_\_\_.
4. Que he recibido una copia fiel de las Condiciones Generales de la póliza en el caso de que esta oferta sea aceptada.
5. Que las declaraciones contenidas en esta oferta, son completas verdaderas y que forman la base sobre la cual la compañía se fundará para emitir la póliza que solicito; y que cualquier declaración que se compruebe como falsa e inexacta sea con anterioridad o posterioridad a la ocurrencia de un eventual siniestro, causarán la nulidad del seguro conforme a las disposiciones contenidas en el Art. 1141 del Código de Comercio, el que declaro conocer.

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Solicitante: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Aprobado por: \_\_\_\_\_ Fecha de aprobación: \_\_\_\_\_

Nombre del Intermediario: \_\_\_\_\_ Firma del Intermediario: \_\_\_\_\_

**Más que Seguros, Somos Solidarios**

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No. 13/18-06-2019.