

TRANSPORTACION DE CARGAS

TODOS SEGURO TRANSPORTACION DE CARGAS
Seguro de Mercancías Transportadas por vía Terrestre

SOLICITUD DE SEGURO

I.-DATOS DEL SOLICITANTE

1.- Nombre de la persona o entidad: _____

2.- Clasificación: Persona natural Persona jurídica

En caso de persona jurídica indique el tipo:

Estatal Código REEUP: _____ Organismo: _____

Sociedad mercantil cubana

Empresa mixta

Entidad extranjera

Actividad que realiza: _____

Nombre del funcionario: _____ Cargo: _____

Cuenta bancaria No.: _____ Banco: _____

3.- Dirección:

Calle: _____ No.: _____ Apto: _____

entre _____ y _____

Reparto: _____ Municipio: _____ Ciudad: _____ Provincia: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ Telex: _____

4.- Ocupación (sólo para persona natural): _____

II.-CUESTIONES RELATIVAS AL SEGURO

5.- Moneda de la póliza: USD ó CUP

La moneda seleccionada por usted por usted será válida para todos los efectos de esta solicitud y de la póliza de seguro.

6.- Vigencia del seguro: Desde las 24:00 p.m. del día _____ Hasta las 24:00 p.m. del día _____

7.- Relación de las **mercancías** a asegurar y de los embalajes utilizados:

MERCANCIAS	VALOR ASEGURADO	EMBALAJE	OBS.

Especifique en la descripción del embalaje si la **mercancía** está contenerizada o si se transporta a granel.

Especifique en la columna de Observaciones (OBS.) si la **mercancía** es IMCO (I), Inflamable (N), Radioactiva (R), Corrosiva (C) o Explosiva (E).

8.- Datos del embarque:

Valor Asegurado del embarque: _____ Peso bruto: _____ Peso neto: _____

Fecha aproximada de salida: _____

9.- Lugar de Origen: _____

Provincia: _____ Municipio: _____

10.- Lugar de destino: _____

Provincia: _____ Municipio: _____

TRANSPORTACION DE CARGAS

11.- Deducible:

(entre el 1% y el 3% del Valor Asegurado) _____ % de Mercancía Frágil o Susceptible

(entre el 0.25% y el 1% del Valor Asegurado) _____ % de Mercancía No Frágil

12.- Transporte a utilizar (marítimo/aéreo): Automotor

Ferroviaria

Matrícula: _____

No. de Conduce: _____

No. del Contenedor: _____

Sello: _____

13.- Medio de transporte propio? Si

No

14.- Consignatario de las mercancías: _____

15.- Beneficiario del seguro: _____

16.- Observaciones: _____

III.-DECLARACION

Por medio de la presente certifico que los datos declarados en esta Solicitud corresponden a la verdad, según mi leal saber y entender, y estoy conforme con que la misma constituya la base para la valoración del riesgo por parte del Asegurador y forme parte integrante de la póliza.

Entiendo además, que la no exposición o desinformación acerca de algún aspecto, que pueda influir en la valoración y aceptación de esta Solicitud, le otorga el derecho al Asegurador para anular la póliza.

Nombre: _____

Firma: _____ Fecha: _____

La firma de esta Solicitud no obliga al Asegurador a concluir el contrato de seguro.

El Asegurador se compromete a considerar estas informaciones y datos como estrictamente confidenciales.

PARA USO EXCLUSIVO DEL AGENTE O PRODUCTOR

AGENTE O PRODUCTOR: _____
(Indique el Nombre de la Agencia y el Nombre del Agente o Productor)

RECIBO DE PRIMA No _____ FECHA DE RECIBO: _____

MONEDA: _____