

TRANSPORTACION DE CARGAS

**TODO SEGURO TRANSPORTACIÓN DE MERCANCÍAS
SEGURO POR VIAJE DE MERCANCÍAS TRANSPORTADAS POR VÍA MARÍTIMA O AÉREA**

SOLICITUD DE SEGURO

I.-DATOS DEL SOLICITANTE

1.1.- Nombre de la persona o entidad: _____

1.2.- Dirección: (a la cual usted desea que sean cursadas las comunicaciones)

Calle _____ No. _____ Apto: _____

entre _____ y _____

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

Teléfono _____ Fax: _____ e-mail: _____ Código Postal: _____

1.3.- Actividad que realiza: _____

II.-CUESTIONES RELATIVAS AL SEGURO

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

MERCANCIAS	VALOR ASEGURADO	EMBALAJE	OBSERVACIONES

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

En el caso en que la mercancía sea peligrosa, especifique en la columna de Observaciones (OBS.), según la clasificación de las mismas dada por la OCMI (Organización Consultiva Marítima Intergubernamental) si ésta es Inflamable (N), Radioactiva (R), Corrosiva (C) Explosiva (E) u Otra(O).

Si Ud. transporta vehículos diga si estos vienen: Bajo cubierta Sobre cubierta

2.2.- Datos del embarque:

Valor Asegurado del embarque: _____

Moneda: USD CUP CUC EUR CAD GBP

Peso bruto: _____ Peso neto: _____

Fecha aproximada de salida: _____ (Si Ud. desconoce Fecha de B/L o Fecha de la G/A)

2.3.- Puertos/Aeropuertos de origen: _____

2.4.- Puertos/Aeropuertos de trasbordo: _____

2.5.- Puertos/Aeropuertos de destino: _____

2.6.- Tránsito terrestre en el origen (dirección de los almacenes): _____

Cantidad de kilómetros a transitar:

Dentro de una misma provincia/jurisdicción en un radio no mayor de 50 km Entre 50 km y 300 km Entre 300 km y 1 000 km Más de 1 000 km

Fecha de inicio del Tránsito Terrestre: _____

2.7.- Tránsito terrestre en destino (dirección de los almacenes): _____

Cantidad de kilómetros a transitar:

Dentro de una misma provincia/jurisdicción en un radio no mayor de 50 km Entre 50 km y 300 km Entre 300 km y 1 000 km Más de 1 000 km

TRANSPORTACION DE CARGAS

2.8.- Coberturas solicitadas:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cobertura "A" Todo Riesgo | <input type="checkbox"/> Cobertura "A" Todo Riesgo (Carne Congelada) |
| <input type="checkbox"/> Cobertura "B" Con Avería Particular | <input type="checkbox"/> Cobertura "A" Todo Riesgo (Mercancías bursátiles) |
| <input type="checkbox"/> Cobertura "C" Libre de Avería Particular | <input type="checkbox"/> Cobertura "B" Con Avería Particular (Mercancías bursátiles) |
| <input type="checkbox"/> Cobertura "A" Todo Riesgo (Alimentos Congelados) | <input type="checkbox"/> Cobertura "C" Libre de Avería Particular (Mercancías bursátiles) |
| <input type="checkbox"/> Cobertura "C" Libre de Avería Particular (Alimentos Congelados) | <input type="checkbox"/> Cobertura Combustible a Granel |
| <input type="checkbox"/> Cobertura "A" Todo Riesgo (Carne Congelada 24H) | <input type="checkbox"/> Cobertura para Madera Aserrada |
| <input type="checkbox"/> Cobertura "C" Libre de Avería Particular (Carne Congelada 24H) | <input type="checkbox"/> Cobertura Todo Riesgo Aéreo |
| | <input type="checkbox"/> Cobertura de Guerra y Huelga |

2.9.- Deducible: no si

El deducible se aplicará en la moneda de la póliza, como el 1% de la reclamación con un máximo de 10,000 por cada reclamación presentada a la compañía.

Si en el momento de llenar esta solicitud usted no conoce los siguientes datos deberá enviarlos a ESICUBA en un plazo no mayor de 72 horas a partir de la Fecha del B/L.

2.10.- Transporte a utilizar (marítimo/aéreo):

Nombre del buque: _____ B/L: _____ Fecha del B/L: _____

Línea aérea: _____ Vuelo: _____ G/A: _____ Fecha de la G/A: _____

No. del Contenedor: _____ Sello: _____

2.11.- Consignatario de las mercancías: _____

2.12.- Beneficiario del seguro: _____

2.13.- 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.

Declaro también que conozco las Condiciones Generales y Especiales que aplican a este tipo de seguro.

Nombre: _____

Firma: _____ Fecha: _____

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

PARA USO EXCLUSIVO DEL AGENTE O PRODUCTOR

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