

SEGURO ANUAL DE TRANSPORTACIÓN DE MERCANCÍAS

**SEGURO ANUAL DE TRANSPORTACIÓN DE MERCANCÍAS  
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.-Moneda de la prima: CUC [ ] CUP [ ] USD [ ] CAD [ ] EUR [ ]

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

2.2.-Vigencia del seguro: Un año a partir de las 24:00 horas del : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

2.3.-Indique Estimado Anual de mercancías a transportar: \_\_\_\_\_

2.4.-Indique límite por Embarque: \_\_\_\_\_

2.5.-Indique los Estimados Anuales según los tipos de mercancías a transportar, indique con una X las coberturas deseadas para cada tipo de mercancías.

Grupo	Estimado Anual	COBERTURAS BÁSICAS (1)		
		"A" Todo Riesgo	"B" Con Avería Particular	"C" Libre de Avería Particular
Carga General				
Frágiles				
Químicos				
Equipos y Maquinarias				
Alimentos Refrigerados (3)			(2)	
Alimentos No Refrigerados				
Metales				
Madera Aserrada (4)			(2)	(2)
Graneles		(2)	(2)	
Biopreparados			(2)	(2)
Líquidos a granel (5)		(2)	(2)	
Animales Vivos (6)				
Efectos personales(7)				

Notas: Refiérase al Anexo a la Solicitud de Seguro para poder clasificar sus mercancías.

- (1) Sólo podrá seleccionar una de las tres coberturas básicas para cada grupo.
- (2) Coberturas no están disponibles.
- (3) Se utilizan coberturas específicas para alimentos congelados.
- (4) Se utiliza una cobertura específica para madera aserrada.
- (5) Se utiliza una cobertura específica para líquidos a granel.
- (6) Bajo animales Vivos se consideran animales de Gran Porte
- (7) Incluye el ajuar completo de casa.

En el caso en que alguna mercancía sea peligrosa, especifique a continuación, 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).

¿Dentro de que grupo de mercancías? \_\_\_\_\_ Clasificación: \_\_\_\_\_

## SEGURO ANUAL DE TRANSPORTACIÓN DE MERCANCÍAS

2.6.-Desea cobertura de Guerra y Huelga:  Si  No

2.7.-Indique cómo está compuesto el valor de las mercancías a asegurar:

- Valor factura CIF  Valor factura CIP  
 Valor factura CFR  Valor factura FOB  
 Otro (Explique) \_\_\_\_\_

a).-Incluye el 10% para cubrir gastos adicionales?  Si  No

2.8.-Indique los porcentos (en números enteros) de mercancías a ser transportados por cada modalidad y por Zona Geográfica.

Convencional:	_____ %	Zona A	_____ %
Contenerizado:	_____ %	Zona B	_____ %
Aéreo:	_____ %	Zona C	_____ %
Total	100%	Total	100%

Considere las zonas geográficas como las siguientes:

Zona A: Norte, Centroamérica y Sudamérica, el Caribe, Europa y Occidente de África, excepto aquellos países nombrados en la Zona C.

Zona B: Oriente de África, abarcando el Indico y el Golfo de Bengala, Lejano Oriente incluyendo Austria, Nueva Zelanda, Papua Guinea, etc., excepto aquellos países nombrados en la Zona C.

Zona C: Canadá, Panamá, México, Países Escandinavos, Benelux, Italia, Japón, R.P. China y Corea del Sur.

a).-Diga qué porcentaje (números enteros) de las mercancías será sometido a descontenerización/contenerización: \_\_\_\_%.

(Entendiéndose por este concepto cuando las mercancías son extraídas de un contenedor y colocadas en otro durante su transportación y dentro de la vigencia de su cobertura).

b).-Diga qué porcentaje (números enteros) de las mercancías será sometido a transbordo: \_\_\_\_\_%

2.9.-Indique qué tipo de Tarifa desea:

- Tarifa Única  Tarifa por Grupo de Mercancías

2.10.-Observaciones (puede describir cualquier requerimiento que considere necesario o cualquier elemento de su negocio que considere importante):

---

---

---

**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 las Coberturas 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)