

TRANSPORTACIÓN DE MERCANCÍA TERRESTRE

**TODO SEGURO TRANSPORTACIÓN DE MERCANCÍAS TERRESTRE
 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 póliza: 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.-Indique relación de las mercancías a asegurar y de los embalajes utilizados:

Mercancías	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).

2.3.-Datos del Embarque:

Valor Asegurado: _____ Peso Bruto: _____ Peso Neto: _____

Fecha Aproximada de Salida: _____

2.4.-Lugar de origen: _____

Provincia: _____ Municipio: _____

2.5.-Lugar de destino: _____

Provincia: _____ Municipio: _____

2.6.-Transporte a utilizar: Automotor Ferroviaria

Matrícula: _____ No. de Conduce: _____

No. del Contenedor: _____ Sello: _____

2.7.-Medio de transporte propio? Si No

2.8.-Consignatario de las mercancías: _____

2.9.-Beneficiario del seguro: _____

3.9.-Observaciones:

TRANSPORTACIÓN DE MERCANCÍA TERRESTRE

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)