



SEGUROS, C.A

Rif.: J-00298128-8

Inscrita en la Superintendencia de Seguros bajo el N° 93

SOLICITUD DE SEGURO

POLIZA EMBARCACIONES DE RECREO

<input type="checkbox"/> Póliza Nueva	<input type="checkbox"/> Modificación	Sucursal:
Vigencia desde:		Hasta:

Este formulario debe estar completado en todas sus partes, en letra de molde

A. Tomador						
Nombres y Apellidos o Razón Social:				C.I./ R.I.F. / Pasaporte N°:		
Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado Civil: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Otro:	Lugar de Nacimiento/Reg. Cía.:	Fecha Nacimiento /Const.:	Número de Registro:	Tomó:	
Nombre del registro:		Carácter con el que contrata:	Profesión:	Oficio u Ocupación:		
Actividad Económica: <input type="checkbox"/> Comercial: Ramo: _____ <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Gubernamental		Tipo de Ejercicio: <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Socio		Capacidad Económica o Financiera: Ingresos Mensuales:		
Dirección de Habitación:					Teléfono:	
Ciudad:	Zona Postal:	Estado:	Municipio:	E-mail:		
Dirección de Oficina:					Teléfono/Fax:	
Ciudad:	Zona Postal:	Estado:	Municipio:	E-mail:		
Dirección de Cobro:					Teléfono/Fax:	
B. Representante Legal						
Nombres y Apellidos:				C.I./ Pasaporte N°:		
Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado Civil: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Otro:	Lugar de Nacimiento:	Fecha Nacimiento:	Profesión:	Oficio u Ocupación:	
Actividad Económica: <input type="checkbox"/> Comercial: Ramo: _____ <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Gubernamental		Tipo de Ejercicio: <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Socio		Capacidad Económica o Financiera: Ingresos Mensuales:		
Dirección de Habitación:					Teléfono:	
Dirección de Oficina:					Teléfono/Fax:	
C. Propuesto Asegurado (Llenar sólo en caso de ser diferente al Tomador)						
Nombres y Apellidos:				C.I./ R.I.F. / Pasaporte N°:		
Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado Civil: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Otro:	Lugar de Nacimiento/Reg. Cía.:	Fecha Nacimiento /Const.:	Número de Registro:	Tomó:	
Actividad Económica: <input type="checkbox"/> Comercial: Ramo: _____ <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Gubernamental		Tipo de Ejercicio: <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Socio		Capacidad Económica o Financiera: Ingresos Mensuales:		
Dirección de Habitación:					Teléfono:	
Dirección de Oficina:					Teléfono/Fax:	

(Este formulario debe estar completado en todas sus partes, en letra de molde)

D. Descripción de la Embarcación								
Nombre Actual:				Nombre Anterior:				
Matrícula:				Bandera:				
Material del Casco:				Lugar de Construcción:				
Fabricante o Marca:				Modelo/Año				
Serial de Casco:				Fecha de Compra:				
Capacidad Pasajeros:				Capacidad Tripulantes:				
Tipo: <input type="checkbox"/> Velero <input type="checkbox"/> Catamarán <input type="checkbox"/> Yate <input type="checkbox"/> Lancha <input type="checkbox"/> Otro:				Uso de la embarcación:				
Dimensiones:								
Eslora:			Manga:			Puntal:		
Unidades de Arqueo Bruto:				Unidades de Arqueo Neto:				
Detalle los siniestros ocurridos a la Embarcación:								
Equipos de Seguridad Contra Incendio:								
E. Descripción de los Motores								
Item	Marca	Modelo	Serial	Potencia	Combustible	Tipo		
						F.B.	D.B.	D.F.
01								
02								
03								
F.B.: Fuera de Borda D.B.: Dentro de Borda D.F.: Dentro y Fuera de Borda								
F. Ubicación y Tripulación								
Capitán: <input type="checkbox"/> Propietario <input type="checkbox"/> Contratado			Años de experiencia:			Nº de Licencia/vencimiento:		
Equipos de Navegación y Comunicación: <input type="checkbox"/> GPS <input type="checkbox"/> VHF <input type="checkbox"/> UHF <input type="checkbox"/> Otro:								
Puerto Base:				Puerto de Registro:				
Zarpes estimados al año:				Marina/Lugar de Atraque: <input type="checkbox"/> Muelle <input type="checkbox"/> Tierra Bajo Techo <input type="checkbox"/> Tierra Intemperie				
Límites de Navegación: <input type="checkbox"/> Aguas Venezolanas e Islas del Caribe <input type="checkbox"/> Aguas Jurisdiccionales Capitanía Base <input type="checkbox"/> Aguas Venezolanas <input type="checkbox"/> Otro:								
G. Coberturas Solicitadas								
Coberturas				Sumas Aseguradas			Bs.	
Casco y Maquinarias: <input type="checkbox"/> Amplia <input type="checkbox"/> Sólo Pérdida Total								
Responsabilidad Civil Ante Terceros (Obligatoria L.G.M.A.C.)								
Guerra, Huelga y Motín								
Accidentes Personales								
Gastos Médicos								
Traslados Terrestres: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No								
Trailer								
Otra:								

Este formulario debe estar completado en todas sus partes, en letra de molde

H. Documentos de la Embarcación			
Documentos	Número	Fecha Exp.	Fecha Vencimiento
Certificado de Navegabilidad			
Certificado Radiotelefonía			
Patrón Deportivo			
Licencia de Navegación			
I. Información Complementaria			
Referencias Comerciales			
Comercio	Dirección	Teléfono	
Referencias Bancarias			
Entidad Bancaria	Número (s) de Cuenta (s)	Teléfono	
Otros Seguros Vigentes sobre los mismos Bienes			
Empresa de Seguros	Monto Asegurado	Nº de Póliza	Vigencia
Siniestros Ocurridos			
Empresa de Seguros	Causa	Fecha	Monto
Solicitudes Rechazadas			
Empresa de Seguros	Motivo	Fecha	
J. Declaración			
<p>Yo _____ portador (a) de la C.I/ R.I.F. / Pasaporte Nro: _____, bajo fe de juramento declaro que el dinero utilizado para el pago de la prima de la póliza cuya suscripción solicito en este acto, proviene de una fuente lícita y, por lo tanto, no tiene relación alguna con dinero, capitales, bienes, haberes, valores, títulos o beneficios derivados de las actividades ilícitas o de los delitos de Legitimación de Capitales previstos en la Ley Orgánica Contra la Delincuencia Organizada y demás leyes de la República sobre la materia.</p> <p>Juro (amos) la veracidad de los datos aportados en la presente solicitud y autorizo (amos) a Zuma Seguros C.A., a la verificación de los mismos.</p> <p style="text-align: center;">_____ Firma del Tomador y/o Propuesto Asegurado</p>			
Productor de Seguros	Tomador	Propuesto Asegurado	
Código:	Cédula de Identidad:	Cédula de Identidad:	
Firma:	Firma:	Firma:	
Fecha: / /	Fecha: / /	Fecha: / /	