

<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:

D. Bienes por Asegurar

Tipo de Póliza: <input type="checkbox"/> Ocasional <input type="checkbox"/> Declarativa		Clase de Negocio: <input type="checkbox"/> Exportación <input type="checkbox"/> Frontera <input type="checkbox"/> Importación <input type="checkbox"/> Mixto <input type="checkbox"/> Nacional			
Frecuencia de Viajes <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Semanal		N° de Viajes por Frecuencia:			
(Sólo Pólizas Declarativas) <input type="checkbox"/> Cuatrimestral <input type="checkbox"/> Bimensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Diario					
Volumen Anual Estimado:			Tipo de Mercancía: <input type="checkbox"/> Nueva <input type="checkbox"/> Usada		
Valuación:					
Embalaje:					
Limite Máximo de Responsabilidad por Vehículo:		Procedencia de los Bienes:		Destino de los Bienes:	
Ruta: Desde: Hasta:			Medio de Transporte de la Mercancía:		

E. Datos del Conductor o Empresa Transportista

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:		Fecha Nacimiento:
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:	Email:	

F. Coberturas Solicitadas
(Sólo la Cobertura Básica de esta Póliza es obligatoria. Las coberturas restantes son opcionales)

Coberturas	Sumas Aseguradas
<input type="checkbox"/> Básica	
<input type="checkbox"/> Transporte Terrestre	
<input type="checkbox"/> Opcionales	
<input type="checkbox"/> Robo	
<input type="checkbox"/> Asalto y/o Atraco	
<input type="checkbox"/> Hurto Simple	
<input type="checkbox"/> Huelga, Motín, Conmoción Civil y Daños Maliciosos	
<input type="checkbox"/> Averías en Carga y Descarga	
<input type="checkbox"/> Falta de Entrega o Extravío de Bultos Completos	
<input type="checkbox"/> Refrigeración	

G. Información Complementaria

Referencias Comerciales

Comercio	Dirección	Teléfono

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

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

Beneficiario Preferencial	Cédula de Identidad o R.I.F.

H. Declaración

Yo _____ portador (a) de la C./ 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.

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.

Firma del Tomador y/o Propuesto Asegurado

Productor de Seguros	Tomador	Propuesto Asegurado
Código:	Cédula de Identidad:	Cédula de Identidad:
Firma:	Firma:	Firma:
Fecha: / /	Fecha: / /	Fecha: / /