



I. DATOS DE LA SOLICITUD				
Póliza Numero:	Sucursal:	Fecha de Solicitud: / /	Fecha de Vigencia: Desde: / / Hasta: / /	
Forma de pago: Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/>				
II. DATOS DEL TOMADOR				
Apellidos y Nombres:		C.I / RIF.: V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>		Fc. de Nac./ Registro CIA.: / /
Estado Civil: Soltero <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/>		Sexo:	Lugar de Nacimiento:	Estado: Nº Registro:
Profesión u Oficio:		Actividad Profesional Comercial <input type="checkbox"/> Industrial <input type="checkbox"/> Gubernamental <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Especifique:		
Relación de Trabajo: Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> otro:		Ingreso Promedio Anual:	Patrimonio	
Dirección de Habitación: Estado:		Ciudad:	Urbanización:	
<input type="checkbox"/> Av. <input type="checkbox"/> Transv. <input type="checkbox"/> Calle:		<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Quinta <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> Torre:		
<input type="checkbox"/> Piso : <input type="checkbox"/> Nivel:	<input type="checkbox"/> Apto. <input type="checkbox"/> Oficina:	Teléfono:	Celular:	Zona Postal:
Dirección de Oficina: Estado:		Ciudad:	Urbanización:	
<input type="checkbox"/> Av. <input type="checkbox"/> Transv. <input type="checkbox"/> Calle:		<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Quinta <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> Torre:		
<input type="checkbox"/> Piso : <input type="checkbox"/> Nivel:	<input type="checkbox"/> Apto. <input type="checkbox"/> Oficina:	Teléfono:	Celular:	Zona Postal:
Dirección de Correo ( E-mail)		Indicar dirección de cobro: Habitación <input type="checkbox"/> Oficina <input type="checkbox"/>		
III. DATOS DEL TOMADOR PERSONA JURÍDICA				
Apellidos y Nombres:		C.I / RIF.: V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>		F.c. de Nac./ Registro CIA.: / /
Estado Civil: Soltero <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/>		Sexo:	Lugar de Nacimiento:	Estado:
Profesión u Oficio:		Actividad Profesional Comercial <input type="checkbox"/> Industrial <input type="checkbox"/> Gubernamental <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Especifique:		
Nombre del Registro Mercantil:	Circunscripción Judicial	Fecha:	Número:	Tomo:
Nombre del Representante Legal:		Cargo que desempeña:		
Relación de Trabajo: Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> Otro:		Sueldo Promedio Anual:	Patrimonio:	
Dirección de Habitación: Estado:		Ciudad:	Urbanización:	
<input type="checkbox"/> Av. <input type="checkbox"/> Transv. <input type="checkbox"/> Calle:		<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Quinta <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> Torre:		
<input type="checkbox"/> Piso : <input type="checkbox"/> Nivel:	<input type="checkbox"/> Apto. <input type="checkbox"/> Oficina:	Teléfono:	Celular:	Zona Postal:
IV. DATOS DEL ASEGURADO PROPUESTO				
Apellidos y Nombres:		C.I / RIF.: V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>		F.c. de Nac. / / Nº Registro:
Estado Civil: Soltero <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/>		Sexo:	Lugar de Nacimiento:	Estado:

Profesión u Oficio:		Actividad Profesional Comercial <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		Ingreso Mensual:		Patrimonio:		
Dirección de Habitación:		Ciudad:		Urbanización:				
Estado:						Zona Postal		
<input type="checkbox"/> Av. <input type="checkbox"/> Transv.		<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Quinta <input type="checkbox"/> Local						
<input type="checkbox"/> Calle:		<input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> Torre <input type="checkbox"/> Centro Comercial						
<input type="checkbox"/> Piso :		<input type="checkbox"/> Apto.		Teléfono:		Dirección de Correo (E-mail)		
<input type="checkbox"/> Nivel:		<input type="checkbox"/> Oficina:		Fax:				
Índole del Negocio o Actividad que ejecuta el Asegurado Propuesto:								
<b>V. DESCRIPCIÓN DE LA EMBARCACIÓN</b>								
Nombre Actual:		Nombre Anterior:			Matrícula:			
Bandera:		Material de Casco:			Lugar de Construcción:			
Fabricante o Marca:		Modelo / Año:			Serial de Casco:			
Capacidad Pasajeros:		Capacidad Tripulantes:		Tipo: Velero <input type="checkbox"/> Catamarán <input type="checkbox"/>		Uso de la Nave:		
				Yate <input type="checkbox"/> Lancha <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>				
Dimensiones:		Unidades de Arqueo Bruto:			Unidades de Arqueo Neto:			
Eslora: ___ Manga: ___ Puntal ___								
Detalle los Sinistros Ocurridos a la Embarcación:								
<b>VI. DESCRIPCIÓN DE LOS MOTORES</b>								
Ítem	Marca	Modelo	Serial	Potencia	Combustible	Tipo		
						F.B.	D.B.	D.F.
01								
02								
03								
<b>F.B: Fuera de Borda</b>			<b>D.B: Dentro de Borda</b>			<b>D.F: Dentro Fuera de Borda</b>		
<b>VII. UBICACIÓN Y TRIPULACIÓN</b>								
Capitán		Años de Experiencia:		Equipos de Navegación y Comunicación:				
<input type="checkbox"/> Propietario <input type="checkbox"/> Contratado				<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:		Lugar de Estacionamiento: Muelle <input type="checkbox"/>		
						Tierra Bajo Techo <input type="checkbox"/> Tierra Intemperie <input type="checkbox"/>		
Límites de Navegación: <input type="checkbox"/> Aguas Jurisdiccionales Capitanía Base <input type="checkbox"/> Aguas Venezolanas						Nº de Tripulantes:		
<input type="checkbox"/> Aguas Venezolanas e Islas del caribe <input type="checkbox"/> Otro:								
<b>VIII. COBERTURAS SOLICITADAS</b>								
<b>Coberturas</b>				<b>Sumas Aseguradas</b>		<b>Bs.</b>	<b>US\$</b>	
Casco <input type="checkbox"/> Amplia <input type="checkbox"/> Sólo Pérdida Total								
Responsabilidad Civil ante Terceros (Obligatoria L.G.M.A.C).								
Exceso de Responsabilidad Civil por Daños a Terceros								
Gastos Adicionales								
Gastos Médicos								
Accidentes Personales								
Traslados Terrestres Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>								
Tráiler								

### IX. OTROS SEGUROS

Que otro tipo de Seguro ha solicitado:

Empresa de Seguros: \_\_\_\_\_ Monto: \_\_\_\_\_ Tipo de Seguro: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

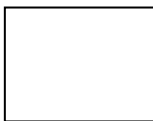
Empresa de Seguros: \_\_\_\_\_ Monto: \_\_\_\_\_ Tipo de Seguro: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### X. DECLARACIÓN JURADA DE ORIGEN Y DESTINO DE FONDOS

“Yo, el tomador en mi carácter de Asegurado Propuesto bajo juramento que la información suministrada es exacta, sin omisión de ningún detalle, hecho o circunstancia con el propósito de disminuir o aminorar la gravedad del riesgo o con la intención de cambiar su objeto. Autorizo la verificación de la misma, así como el suministrar información a terceros para fines de evaluación del riesgo. Queda entendido que la presente solicitud no otorga cobertura provisional. La cobertura otorgada entrara en vigor una vez que sea aprobada la solicitud por la Empresa de Seguros. Y yo, \_\_\_\_\_, C.I. N° \_\_\_\_\_, el Tomador de la Póliza o en representación del Tomador (Persona Jurídica, con el RIF N° \_\_\_\_\_), doy fe que el dinero utilizado para el pago de la prima de la Póliza suscrita, bien sea en efectivo, divisas, cheques, transferencias, bonos, u otro medio de pago, provienen de operaciones lícitas, relacionadas con estricta observación a la Legislación Nacional y por lo tanto no tiene relación alguna con bienes, haberes, valores, títulos, capitales o sus excedentes, o beneficios derivados de las actividades ilícitas o de los delitos de legitimación de capitales previstos en la Ley Orgánica contra la Delincuencia Organizada”

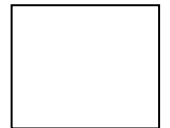
En la Ciudad: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Tomador



Huella del Tomador

\_\_\_\_\_  
Firma del Asegurado Propuesto



Huella del Asegurado Titular

#### PRODUCTOR

Nombres y Apellidos

Código

Firma

### XI. RECAUDOS ADICIONALES

Las copias de los siguientes recaudos adicionales son obligatorios de acuerdo a lo establecido en la providencia N° 000514 de fecha 18 de Febrero de 2011 sobre las Normas sobre Prevención, Control, y Fiscalización de los Delitos de Legitimación de Capitales y el Financiamiento al Terrorismo, en la Actividad Aseguradora.

#### Persona Natural y Representantes Legales Residentes en el País

Cédula de Identidad Vigente

#### Persona Natural y Representantes Legales No Residentes en el País

Pasaporte Vigente

#### Personas Jurídicas Residentes en el País.

Registro de Información Fiscal (R.F.I).

Documento Constitutivo de la Empresa.

Estatutos Sociales

Modificaciones de Estatutos Sociales.

Otro. Especifique \_\_\_\_\_

En caso de Personas Jurídicas No Residenciadas en el país, deberán consignar los documentos antes mencionados debidamente legalizados en el Consulado de la República Bolivariana de Venezuela en el respectivo país y traducidos por un intérprete legal público al idioma castellano.

Otros recaudos solicitados  Especifique:

Autorizado por:

Fecha: