

**LATINA SEGUROS C.A.**  
**SEGURO DE TRANSPORTE**  
**SOLICITUD DE SEGURO**

**SOLICITANTE**

Nombre	:				
C.I. / RUC	:				
Dirección	:				
Actividad	:				
Ciudad	:		Provincia	:	
Teléfono	:		Celular	:	
Email	:				
APS	:				

**VIGENCIA DEL SEGURO A SOLICITAR**

Desde	:		Hasta	:	
-------	---	--	-------	---	--

**TIPO DE SEGURO**

Interno	<input type="checkbox"/>	Importaciones	<input type="checkbox"/>	Exportaciones	<input type="checkbox"/>
---------	--------------------------	---------------	--------------------------	---------------	--------------------------

**MODALIDAD DEL SEGURO**

Todo riesgo	<input type="checkbox"/>	Libre Avería Particular	<input type="checkbox"/>	Con Avería Particular	<input type="checkbox"/>
-------------	--------------------------	-------------------------	--------------------------	-----------------------	--------------------------

**INFORMACION DEL RIESGO**

Limite por embarque	:		Estimado de Movilización anual	:	
Detalle lo bienes a transportar	:				
Detalle las principales rutas de movilización	:				

1. ¿Ha tenido asegurado sus bienes antes de esta solicitud? SI  NO

En caso de ser afirmativa su anterior respuesta, responda las siguientes preguntas.

2. ¿Le ha sido cancelado alguna vez un seguro? SI  NO

En caso de ser afirmativa su anterior respuesta, responda 3

3. ¿Cuáles fueron los motivos?

---



---



---

4. ¿Ha tenido siniestros en los últimos tres años?, SI  NO

En caso de ser afirmativa su anterior respuesta, ¿Cuáles fueron las fechas, las causas y los montos de las reclamaciones pagadas?

---

---

---

Declaro bajo juramento que toda la información contenida en este formulario es de verídica y absoluta responsabilidad de quien lo suscribe. Autorizo a LATINA SEGUROS C.A. a verificar la información de este formulario. Declaro bajo juramento que los fondos para el pago de primas, gastos e impuestos en razón o consecuencia de la emisión de pólizas contratadas con LATINA SEGUROS C.A. tienen origen lícito. Eximo (mimos) a LATINA SEGUROS C.A. de toda responsabilidad, inclusive frente a terceros si esta declaración fuese falsa o errónea.

Lugar y Fecha:

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

El Asegurado, podrá solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, la verificación de este texto.

Nota: La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente formulario el número de registro SCVS-7-8-SF-12-683004420, el 24 de Noviembre de 2020.