

# SEGURO DE TRANSPORTE (PERSONA JURÍDICA)

## SOLICITUD DE SEGURO



El suscrito, por medio de la presente solicitud conviene se considere de naturaleza declaratoria y como base del seguro para expedición de la Póliza respectiva en caso de ser aceptada, propone a: SEGUROS ATLÁNTIDA, S.A. que de acuerdo con las Condiciones Generales de la Póliza impresas y adjuntas a esta solicitud y que comprenden copia de las cláusulas de la póliza que ha de emitirse, ya sea de carácter general o especial. La solicitud de Seguro de Transporte que hace a SEGUROS ATLÁNTIDA, S.A. para la empresa.

### I. DATOS GENERALES DEL ASEGURADO

Razón o Denominación Social	Nombre Comercial	No. RTN (Adjuntar fotocopia)

### II. VIGENCIA:

Entrará en vigor: Desde: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ a las 12:00m.

### III. BENEFICIARIOS O ACREEDORES (Anotar nombre completo, en letra molde)

Nombre o Razón Social:	Suma Asegurada:

### IV. ESPECIFICACIÓN DE COBERTURAS

Cobertura	Amparado/ Excluido
a) Daños o Pérdidas Materiales	
b) Avería gruesa o común y gastos de salvamento	
c) Cláusula de Ambos culpables de Colisión	
d) Cobertura para Gastos razonables y justificados en que incurra el Asegurado	
e) Remoción de escombros, desmantelamiento, destrucción y/o disposición final de los bienes asegurados	
f) Cobertura para Productos Refrigerados	
g) Cobertura para Productos a Granel	
h) Estadía	
i) Cobertura de Carga y Descarga	
j) Acciones de huelguistas	
k) Pérdidas materiales por Guerra	
l) Maquinaria o bienes usados	

### V. DEDUCIBLES:

--

**VI. DESCRIPCIÓN DE MERCADERÍA**

Tipo de Mercadería	Procedencia	Destino

Clase de Empaque:	
Transportista:	Medio de Transporte:
Consignatario: Nombre o Razón Social:	
Dirección:	
Suma Asegurada: Dólares <input type="checkbox"/> Lempiras <input type="checkbox"/>	Prima Total:

**VII. MENCIONE LAS MARCAS Y LOS NÚMEROS CON QUE ESTÁN REGISTRADOS LOS BIENES OBJETOS DEL SEGURO:****VIII. TIPO DE PÓLIZA**

- A)  AÉREA  MARÍTIMO  TERRESTRE  
 B)  DECLARATIVA  ESPECÍFICA

Para pólizas abiertas:

Frecuencia de Transporte	
Valor Máximo Transportado	
Valor Mínimo Transportado	

**IX. INFORMACIÓN ADICIONAL**

a) ¿Mantiene pólizas suscritas con esta u otra(s) aseguradora(s)? (Especifique: Nombre de la aseguradora, tipo de seguro, suma aseguradora)
b) ¿Los bienes aquí descritos están o han estado asegurados con otra compañía de seguros? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
c) ¿Le han rechazado, cancelado o aceptado algún seguro bajo condiciones especiales? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Explique:
d) ¿Ha tenido algún siniestro en los últimos 3 años? ¿A cuánto ascendió la pérdida? ¿Causas? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

**X. IMPORTANTE:**

Por el valor de la prima de esta póliza, el Asegurado debe exigir un recibo impreso extendido por funcionarios administrativos de la Aseguradora y no por el Intermediario u otra persona; asimismo se recomienda al Asegurado leer cuidadosamente la Póliza.

Nombre y Firma del solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre y Firma del Intermediario: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

No. de Registro de Intermediario en la CNBS: \_\_\_\_\_

Revisado y Aprobado por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Lugar: \_\_\_\_\_