

SEGURO DE TODO RIESGO INCENDIO (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 la 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 Todo Riesgo Incendio 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:

Duración: Desde: _____ / _____ / _____ a las 12:00 m
Día Mes Año
Hasta: _____ / _____ / _____ a las 12:00 m
Día Mes Año

III. UBICACIÓN DE LOS BIENES POR ASEGURAR

Barrio o Colonia:	Avenida:	Calle:	
Bloque:	No. de Casa:	Ciudad:	Departamento:
Propietario del Contenido:			
Elaborar Croquis:			

IV. BENEFICIARIO(S)

Nombre, Razón o denominación social:
Hasta la suma de:

V. ACTIVIDAD DEL BIEN O BIENES PARA ASEGURAR:

--

VI. COBERTURA:

La Aseguradora, dentro de los límites y bajo las condiciones establecidas en el contrato de seguro, se obliga a indemnizar toda pérdida o daño material que sea consecuencia de la acción directa de un incendio u otro evento imprevisto, accidental y repentino no excluido que afecte a los bienes asegurados descritos en las Condiciones Particulares, mientras se encuentren en las ubicaciones amparadas por la póliza.

VII. RIESGOS QUE PUEDEN SER CUBIERTOS MEDIANTE CONVENIO EXPRESO

Robo con violencia y/o asalto.

Dinero y/o valores.

Equipo electrónico.

Equipo y maquinaria de contratistas.

Rotura de cristales.

Rotura de maquinaria.

Responsabilidad Civil General.

VIII. BIENES POR ASEGURAR

No.	DESCRIPCIÓN	SUMA PROPUESTA
1	Edificio(s) excluyendo el valor del terreno y cimientos	
2	Mejoras e Instalaciones	
3	Cerco o muro	
4	Existencia de mercancías	
5	Existencia de materias primas	
6	Existencia de material en proceso	
7	Existencia de productos elaborados	
8	Existencia de material de empaque	
9	Maquinaria y Equipo	
10	Muebles y Enseres	
11	Muebles Particulares, Menaje de Casa y Efectos Personales	
12	Seguro de Utilidades o interrupción de negocios	
13	Seguro de Renta	
14	Otros (Especifique)	
	TOTAL	

IX. SEGURO DE UTILIDADES

No.	Detalle	Período de indemnización	Suma propuesta	Valores anuales para cálculo de prima
1	Utilidad Neta			
2	Gastos Fijos			
3	Sueldos Jornales			
	TOTAL			

X. SEGURO DE RENTA

Renta mensual	Período por indemnización	Suma propuesta
Renta mensual	doce meses	Renta anual

Moneda: Lempiras Dólares

XI. OTROS

¿Mantiene pólizas suscritas sobre estos bienes con otra(s) aseguradora(s)?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Siniestros ocurridos en los últimos tres años:			
Autorizo débito a mi tarjeta de crédito Visa No.	Compañía:		
Autorizo débito a mi cuenta Banco Atlántida No.	Ahorros <input type="checkbox"/>	Cheques <input type="checkbox"/>	Tarjeta de Crédito <input type="checkbox"/>

XII. DECLARACIÓN DEL OFERENTE:

1. Por la presente solicito la emisión de una póliza de Seguro de Todo Riesgo Incendio , declaro y convengo en que todas las respuestas y declaraciones anteriores son completas y verdaderas y forman la base sobre la cual se fundará la Aseguradora para emitir la póliza que solicito y que cualquier declaración falsa o inexacta causa la nulidad de la misma. La póliza entrará en vigor hasta que la Aseguradora haya aceptado por escrito la presente solicitud, expedido la póliza y recibido la prima correspondiente, teniendo como vigencia la señalada en la respectiva póliza.
2. Hago constar que las condiciones generales y especiales de la Póliza son de mi conocimiento y tienen mi plena aceptación.

XIII. IMPORTANTE:

Queda entendido y convenido que este formulario constituye una solicitud de seguro y que no tendrá vigencia hasta tanto no se haya emitido la Póliza respectiva y la misma haya sido debidamente firmada por el representante legal de Seguros Atlántida, S.A., para lo cual se aplicará lo establecido en el Artículo 87 de la Ley de Instituciones de Seguros y Reaseguros.

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: _____