

SEGURO DE CASCO MARÍTIMO (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 Casco Marítimo 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 DEL SEGURO:

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

III. INFORMACIÓN DE OTROS SEGUROS:

¿Tiene otros seguros con la Aseguradora? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
¿Con cuál otra Aseguradora tiene (tenía) seguros?	
¿Qué tipo de seguro?	Sumas Aseguradas:

IV. DATOS DEL BENEFICIARIO PREFERENTE:

Nombre del Beneficiario	Participación:

V. CARACTERÍSTICAS DEL BIEN ASEGURADO:

a) Bien asegurado:	
Tipo de embarcación:	
Nombre de la embarcación:	
Valor:	
Marca:	
Modelo:	
No. de serie:	
Capacidad de toneladas:	
Número de tripulantes:	
Número de pasajeros:	
Hangar de resguardo:	
Fabricante:	
Material de construcción:	
Año de construcción:	
Lugar de construcción:	

Matrícula vigente:	
No. de licencia:	
Eslora:	
Manga:	
Puntal:	
Bandera:	
Límites geográficos:	Aguas territoriales de la República de Honduras
Velocidad:	
b) De los motores y equipos:	
Marca de motores propulsores:	
Caballos de fuerza:	
Cantidad:	
Modelo:	
Tipo:	
No. de motor:	
Propulsores:	
Potencia:	
Combustible:	
Año de construcción:	
Fecha de instalación a bordo:	día _____ mes _____ año _____
Equipo auxiliar de navegación:	
c) Otros datos:	
Viajes aproximados al año	
Número de accidentes marítimos involucrados:	
Fecha de la última inspección en dique seco:	
Puerto base:	
Descripción de la máquina de propulsión:	
Límite geográfico a los que limitará la operación del barco:	

VI. DATOS GENERALES DEL CAPITÁN(ES):

Nombre del Capitán que exclusivamente podrá navegar el barco:
Licencia No.:
Fecha de otorgamiento:
Experiencia:

VII. DATOS GENERALES DE LA TRIPULACIÓN:

Nombre de la tripulación:
Licencia No.:
Fecha de otorgamiento:
Experiencia:

VIII. COBERTURAS:

No.	Descripción	Sumas Aseguradas
1	<u>Cobertura básica:</u>	
	Daño directo avería particular	
	Pérdida total	
	Incendio en tierra o en muelle	
2	<u>Coberturas opcionales:</u>	
	Responsabilidad Civil	
	Accidentes Personales de Tripulantes	

Moneda: Lempiras Dólares

IX. FAVOR INDICAR EL USO QUE SE PRETENDE DAR A LA EMBARCACIÓN:

Placer ¿La embarcación está fletada?
 Pesca SI NO
 Turismo
 Policial
 Comercial
 Ayuda Industrial

Si la embarcación tiene más de diez (10) años de edad, favor proporcionar inspecciones de condiciones actuales en caso de estar disponibles. En caso de estarlo, favor proporcionar detalles con respecto a la maquinaria (fabricante, modelo, motor y marca).

X. FAVOR PROPORCIONAR DETALLES CON RESPECTO A LOS SINIESTROS:

¿Ha sufrido la embarcación algún siniestro en los últimos 5 años o algunos de los capitanes en otra embarcación?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, favor indicar el año, frecuencia, los montos indemnizados, la naturaleza y causa del siniestro.		
Fecha del siniestro	Monto (incluyendo el Deducible)	Causa del Siniestro

XI. DECLARACIÓN DEL OFERENTE:

- Por la presente solicito la emisión de una Póliza de Seguro de Casco Marítimo, 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.
- Hago constar que las condiciones generales y particulares de la Póliza son de mi conocimiento y tienen mi plena aceptación.

XII. IMPORTANTE:

Por el valor de la prima de esta póliza, el Afianzado 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: _____