

SEGURO DE TRANSPORTE (PERSONA NATURAL)
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 persona.

I. DATOS GENERALES DEL ASEGURADO

Nombres	Apellidos	No. de Tarjeta de Identidad (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: _____