

## SOLICITUD DE SEGURO DE TRANSPORTE (PERSONAS JURÍDICAS)

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: \$ <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/>	Prima Total:



**VII. MENCIONE LAS MARCAS Y LOS NUMEROS CON QUE ESTAN REGISTRADOS LOS BIENES OBJETO 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 las 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  NO

c) ¿Le han rechazado, cancelado o aceptado algún seguro bajo condiciones especiales?  
 SI  NO

Explique:

d) ¿Ha tenido algún siniestro en los últimos 3 años? ¿A cuánto ascendió la pérdida?, ¿Causas?  
 SI  NO



**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: \_\_\_\_\_

