



**SEGURO DE TRANSPORTE
SOLICITUD DE SEGURO**

Medio de Transporte:	Marítimo <input type="checkbox"/>	Aéreo <input type="checkbox"/>	Terrestre <input type="checkbox"/>	Postales <input type="checkbox"/>
-----------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	------------------------------------	-----------------------------------

I. DATOS DEL SEGURO PERSONA NATURAL O REPRESENTANTE LEGAL DEL CONTRATANTE

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido de casada
Lugar de Nacimiento:		Fecha de Nacimiento		Nacionalidad:
		Día:	Mes:	Año:
		Edad:		
Tipo de identificación			Número de identidad	Numero de RTN:
Tarjeta de identidad <input type="checkbox"/>			Pasaporte <input type="checkbox"/>	Carné de residente <input type="checkbox"/>
Sexo		Estado Civil		
M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	S <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	V <input type="checkbox"/>
		U.L. <input type="checkbox"/>		
Nombre completo del cónyuge o Pareja:				
Dirección completa de residencia incluyendo Departamento y Municipio:				
Teléfono de Residencia:		Teléfono Celular:		Fax No.:
Correo electrónico:			Profesión, ocupación, oficio o actividad económica:	
Nombre y Giro del Negocio (Si aplica):				
Nombre de la empresa donde labora:		Posición /Cargo que desempeña:		Tiempo de laborar en la empresa:
Dirección completa de la empresa donde labora incluyendo Departamento y Municipio:				
Teléfono del trabajo:		Fax No.:		Correo electrónico:
				Sitio web:
Especificar detalladamente la fuente de ingreso y/o origen de los recursos:			Nivel aproximado de Ingreso según el Salario Mínimo mensual vigente (SMMV) en Lps.:	
			De 0-10,000.00 <input type="checkbox"/>	
			De 10,000.01-15,000.00 <input type="checkbox"/>	
			De 15,000.01-30,000.00 <input type="checkbox"/>	
			De 30,000.01-40,000.00 <input type="checkbox"/>	
			De 40,000.01-80,000.00 <input type="checkbox"/>	
			De 80,000.01-100,000.00 <input type="checkbox"/>	
			De 100,000.01 en Adelante <input type="checkbox"/>	
Ha Desempeñado un Cargo Público en los últimos cuatro (4) años? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Nombre de la Institución?				
Realiza usted Actividades y Profesiones No Financieras Designadas (APNFD)? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si su respuesta es Si entregar constancia de la CNBS.				
Actúa usted por cuenta propia? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si su respuesta es No en Nombre de quién?				

II. INFORMACIÓN DE LA PERSONA JURÍDICA CONTRATANTE

Razón o Denominación Social:	Nombre Comercial:	No. R.T.N.
Dirección de la Oficina Principal incluyendo Departamento, Municipio/Ciudad:		
Número de Teléfono	Número de Fax	Correo electrónico
		Fecha de Constitución:
Objeto social y/o actividad económica:		
Departamentos y/o Países donde opera el negocio:		
La empresa realiza Actividades y Profesiones No Financieras Designadas (APNFD)? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si su respuesta es Si entregar constancia de la CNBS.		
Detalle de la estructura de Propiedad y Control de la sociedad; describa quienes son los socios, accionistas o propietarios y sus porcentajes de Participación:		
	Nombre Completo	Numero de Identidad
		% Participación
1.		
2.		
3.		



Continúa.....Detalle de la estructura de Propiedad y Control de la sociedad; describa quienes son los socios, accionistas o propietarios y sus porcentajes de Participación:			
	Nombre Completo	Numero de Identidad	% Participación
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
Favor Detallar dos referencias bancarias o comerciales 1:		2:	
Monto aproximado Anual de:	Total de Activos:	Total de Ventas:	Ingresos Anuales:
Indicar si forma parte de un Grupo Financiero o económico? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			Detallar a cual pertenece:
Detalle al menos dos Proveedores Principales 1:		2:	
Especificar detalladamente la fuente de ingresos de la persona Jurídica:			

III.- DIRECCIÓN DE COBRO

 Los cobros se realizaran en: Domicilio Lugar de trabajo

Barrio o Colonia	Calle o Avenida	Bloque	
Casa No.	Ciudad o Municipio	Departamento	
Otra Referencia			
Teléfono	Fax No.	E-Mail	Apdo. Postal

IV.- VIGENCIA

Duración: _____ Desde _____ / _____ / _____ a las 12.00 m	Hasta: _____ / _____ / _____ a las 12:00 m.
Día Mes Año	Día Mes Año

V.- DATOS DEL BENEFICIARIO O ACREEDOR

 Relación Financiera: Personal:

Nombre Completo o Razón Social	Número de Identificación:	Hasta por la suma de:
--------------------------------	---------------------------	-----------------------

VI.- COBERTURAS
COBERTURAS BÁSICAS

La Compañía, en virtud de este contrato, se obliga a cubrir las pérdidas o daños a los bienes asegurados causados por los riesgos ordinarios de tránsito o libre de avería particular que se señalan a continuación, según el medio de transporte empleado:

1. Para el Transporte Marítimo

- a. Incendio y explosión no intencionales
- b. Encalladura, varadura, zozobra o hundimiento del medio de transporte
- c. Colisión o contacto del medio de transporte con cualquier objeto externo que no sea agua.
- d. Desembarque de la carga en un puerto de arribada forzosa;
- e. Contribución de Asegurado en Avería Gruesa o general y los Gastos de Salvamento, que serán ajustados, determinados y pagados según las disposiciones del Código de Comercio de Honduras, y conforme a las Reglas de York y Amberes o por las leyes extranjeras aplicables de acuerdo a lo que estipule la carta de porte, conocimiento de embarque o el contrato de Fletamento.



- f. Echazón
- g. Participación de Asegurado en aquella proporción de responsabilidad que le corresponda, en virtud de la Cláusula de "Ambos Culpables de Colisión" del contrato de Transporte, respecto de una pérdida recuperable por este seguro. En el caso que se produzca cualquier reclamación de los armadores en razón de dicha Cláusula, el Asegurado se obliga a notificarlo a la Compañía, la que queda facultada para defender al Asegurado a su propia costo y expensas contra dicha reclamación.
- 2. Para el Transporte Terrestre**
- a. Incendio y Explosión no intencionales;
- b. Colisión, auto ignición, vuelco o descarrilamiento del medio de transporte, incluyendo hundimiento o derrumbe de puentes;
- 3. Para el Transporte Aéreo**
- a. Incendio y Explosión no intencionales;
- b. Choque, colisión o caída del medio de transporte;
- 4. Para Envíos Postales**
- a. Las pérdidas o daños materiales causados a los bienes asegurados, por los riesgos antes indicados en esta cláusula de la Póliza, según el medio de transporte empleado, y siempre que los envíos hayan sido registrados en la Oficina Postal de origen.

COBERTURAS ADICIONALES:

Cobertura	Amparado/Excluido	Cobertura	Amparado/Excluido
a) Robo de bulto por entero		i) Falta de peso y derrame	
b) Robo parcial		j) Cláusula de Todo Riesgo (comprende exclusivamente las coberturas anteriores del inciso "a" al inciso "i")	
c) Mojadura de agua dulce		k) Motín, Huelgas y alborotos populares	
d) Mojadura de agua del mar		l) Guerra a flote	
e) Contacto con otras cargas			
f) Manchas			
g) Oxidación			
h) Roturas			

VII.- DEDUCIBLE

VIII.- DESCRIPCIÓN DE MERCADERIA

Tipo de Mercadería	Procedencia	Destino	Medio de Transporte



Clase de Empaque:	
Transportista:	Medio de Transporte:
Consignatario: Nombre o Razón Social:	
Dirección:	

IX.- TIPO DE POLIZA
 DECLARATIVA
 ESPECIFICA
 MONEDA: LPS
 U\$S
Para pólizas Declarativas Únicamente:

Frecuencia de Embarques:
Límite Máximo por Embarque:
Valor Mínimo Transportado:
Estimación Mensual Embarques:

X.- MEDIO DE TRANSPORTE

<input type="checkbox"/> Marítimo	<input type="checkbox"/> Aéreo	<input type="checkbox"/> Terrestre	<input type="checkbox"/> Envíos Postales
-----------------------------------	--------------------------------	------------------------------------	--

XI.- RESUMEN DE PRIMAS

No.	Detalle	Suma Asegurada	Tasa	Prima
1				
2				
3				
La tasa de Conversión que se utilizó fue de:		Prima Neta		
		Impuesto		
		Gastos de Emisión		
Forma de Pago:		PRIMA TOTAL		

XII.- INFORMACION ADICIONAL

a) Mantiene pólizas suscritas con esta u otra(s) aseguradora(s)?, (especifique: nombre de la aseguradora, tipo de seguro, suma asegurada)			
b) Los bienes aquí descritos están o han estado asegurados con otra compañía de seguros? Cuando?, Suma Asegurada?, Con qué Compañía		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?		SI	NO
		A cuanto ascendió la pérdida?, Causas?	



Por la presente declaramos que todo lo expuesto por nosotros en el Cuestionario y Solicitud está completo y concuerda con la verdad según nuestro leal saber y entender, y por la presente estamos de acuerdo con que este Cuestionario y Solicitud constituya la base y forme parte de la póliza extendida en relación con el riesgo mencionado arriba. Queda estipulado que el asegurador sólo será responsable en concordancia con los términos de la póliza y que el asegurado no presentará ninguna otra reclamación de la naturaleza que fuere. El asegurador tratará esta información con estricta confidencia.- Autorizo a Seguros del País, S.A., a poder ingresar a la Central de Riesgo de la Comisión Nacional de Bancos y Seguros y a las demás centrales de riesgos del País, cuando lo estime conveniente para corroborar la información brindada.

Así mismo declaro que he recibido una copia fiel de las condiciones generales de este seguro, las cuales declaro conocer.

Lugar y Fecha:

_____ Nombre del Solicitante o Representante legal según escritura o Poder de Representación	_____ Firma del Solicitante o Representante legal según escritura o Poder de Representación
---	--

Nombre del Intermediario	Código del Intermediario	Zona	% de Comisión	Oficial de Negocios

