

**SEGURO DE CASCO MARÍTIMO
SOLICITUD DE SEGURO (PERSONA JURÍDICA)**

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:

Duración: Desde: _____ / _____ / _____ a las 12:00m

Día

Mes

Año

Hasta: _____ / _____ / _____ a las 12:00m

Día

Mes

Año

III. Información de otros seguros:

¿Tiene otros seguros con la Aseguradora? ☐ Sí ☐ No	
¿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 ☐
Pesca ☐
Turismo ☐
Policial ☐
Comercial ☐
Ayuda Industrial ☐

¿La embarcación está fletada?

Sí ☐

No ☐

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?		Sí ☐	No ☐
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:

1. 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.
2. Hago constar que las condiciones generales y especiales de la Póliza son de mi conocimiento y tienen mi plena aceptación.

XII. 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: _____