

**SOLICITUD DE SEGURO DE ROTURA DE CRISTALES Y/O RÓTULOS
(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 Rotura de Cristales y/o Rótulos 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. Características del bien a asegurar:

No.	Descripción	Medidas		Cantidad	Valor Unitario	Valor Asegurado
		Alto	Ancho			
TOTAL						

Moneda:

Lempiras ☐Dólares ☐

IV. Ubicación del edificio que contiene los Cristales (Dirección)

País: _____ Departamento: _____ Ciudad: _____ Municipio: _____

No. Pisos _____ Tipo de Construcción: _____

V. Uso del edificio: Habitacional ☐ Comercial ☐ Industrial ☐**VI. Tiene otros seguros existentes sobre lo mismo:**SI ☐ NO ☐**VII. Seguros existentes sobre el edificio que contiene los Cristales:**

Construcción del edificio donde se encuentran los cristales _____

1. Por la presente solicito la emisión de una póliza de Seguro de Rotura de Cristales y/o Rótulos, 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 Particulares de la Póliza son de mi conocimiento y tienen mi plena aceptación.

IX. IMPORTANTE: Queda entendido y convenido que este formulario constituye una solicitud de seguro y que no tendrá vigencia hasta tanto no se haya emitido la Póliza respectiva y la misma haya sido debidamente firmada por el representante legal de Seguros Atlántida, S.A., para lo cual se aplicará lo establecido en el Artículo 87 de la Ley de Instituciones de Seguros y Reaseguros.

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: _____