



Edificio SONISA, Costado Este Plaza Bancatlan  
Apto. 3373, Tegucigalpa, Honduras, C.A.  
Tel (504) 2232-4014/2280-0007 Fax (504) 2232-3688/2239-9960

**SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL  
SOLICITUD DE SEGURO  
(PERSONA NATURAL)**

El suscripto, 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 Responsabilidad Civil General que hace a SEGUROS ATLÁNTIDA, S.A. para la persona.

## I. DATOS GENERALES DEL ASEGURADO

II. Nombres	Apellidos	No. de Identidad (adjuntar fotocopia)

## **II. VIGENCIA:**

Duración: Desde \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ a las 12:00m

Hasta \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ a las 12:00m

### **III. INFORMACIÓN DE SEGUROS**

¿Tiene otros seguros con la compañía?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	¿Qué tipo de Seguros?
¿Con cuál otra Compañía tiene (tenía) seguros?			
¿Qué tipo de seguro?	Sumas Aseguradas:		

#### IV. INFORMACIÓN ADICIONAL:

Número de Empleados: \_\_\_\_\_ Salarios Pagados Anualmente: \_\_\_\_\_  
Tiene vigente o ha tenido anteriormente algún Seguro de Responsabilidad Civil: SÍ  NO

¿Con que Compañía?

## V. ESPECIFICACIONES DEL RIESGO

Descripción Exacta de la(s) Actividad(es) o Giro del Asegurado

## VI. SUMA ASEGUADA Y COBERTURAS

-Cobertura Básica: Inmuebles y Actividades

Comercio _____	Industria _____	Construcción _____
Hotelería _____	Taller de reparación vehículos _____	

Suma asegurada: \_\_\_\_\_

Responsabilidad Civil por daños a terceros en sus bienes

Responsabilidad Civil por daños a terceros en sus personas

Por una persona \_\_\_\_\_ por dos o más

Límite único combinado

Requiere la Cobertura Adicional de:

Responsabilidad civil legal de incendio:

Responsabilidad civil por daños al inmueble tomado en arrendamiento:

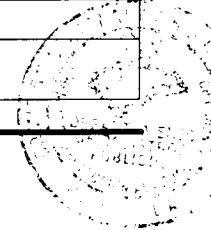
Responsabilidad civil cruzada:

En caso de haber contestado afirmativamente la pregunta anterior completar el siguiente cuadro:

Subcontratistas	Actividad a Desarrollar	Experiencia

Responsabilidad civil productos.

Responsabilidad civil por daños durante maniobras de carga y descarga:



Responsabilidad civil estacionamiento o garaje de vehiculos:	
Responsabilidad civil por daños a instalaciones subterráneas:	

Moneda:

Lempiras: Dólares: **VII. EL SOLICITANTE ES DUEÑO \_\_\_\_\_ INQUILINO \_\_\_\_\_****VIII. DESCRIPCIÓN DEL INMUEBLE Y DE SUS COLINDANTES:**

No.	Descripción	Ubicación	Años de Construcción	Número de Pisos

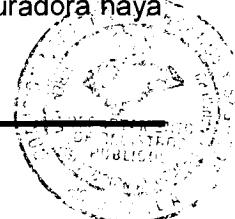
No.	Área de terreno	Colindancias con su separación del edificio asegurado en metro			
		Norte	Sur	Este	Oeste
1					
2					
3					
4					
5					

**IX. ¿HA OCURRIDO ALGÚN SINIESTRO EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS?**      SÍ     NO 

Fecha del siniestro	Montos pagados por daños a terceros en su propiedad y/o en su persona	Causa del siniestro

**X. DECLARACIÓN DEL OFERENTE:**

- Por la presente solicito la emisión de una póliza de Seguro de Responsabilidad Civil General, 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 haga



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.

**XI. 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: \_\_\_\_\_

