

SEGURO DE CASCO MARITIMO SOLICITUD DE SEGURO

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

Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre		Apellido de casada	
Lugar de Nacimiento:				Fecha de Nacimiento			Edad:		Nacionalidad:
				Día:	Mes:	Año:			
Tarjeta de identidad <input type="checkbox"/>		Pasaporte <input type="checkbox"/>		Carné de residente <input type="checkbox"/>		Número de identidad		Numero de RTN:	
Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Estado Civil 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 COBERTURAS

COBERTURA BÁSICA

La Compañía, en virtud de este contrato, se obliga a cubrir exclusivamente:

- La pérdida total real o implícita del buque, causada como consecuencia de los siguientes peligros en mares, esteros, puertos, canales, ríos, lagos, varaderos, diques, dársenas via ductos: La furia de los elementos; explosión y rayo; varada, hundimiento, incendio y colisión del buque.
- La contribución que corresponda al buque, hasta por su valor asegurado, en la avería gruesa o general y en los cargos del salvamento o de auxilio, que será pagada según las disposiciones del Derecho Hondureño, conforme a las reglas de York Amberes, si así se pacta, o conforme a las leyes o prácticas extranjeras que sean aplicables. Cuando el valor que se le asigne al buque para propósitos de contribución en avería gruesa, o cuando el valor dado al buque en esta Póliza; resulten mayores que el monto del seguro, la responsabilidad de la Compañía para propósitos de contribución en avería gruesa, gastos de salvamento o de auxilio se limitará, dentro de la responsabilidad del Asegurado, al mismo porcentaje que exista entre la suma asegurada y el valor dado al buque en esta Póliza o dicho valor contribuyente.
- Los bienes asegurados mientras se encuentren a flote en aguas territoriales de la República de Honduras, además, se conviene que el (los) barco(s) se encuentra(n) asegurado(s) mientras esté(n) en diques secos en reparación o inspección dentro de la República de Honduras.

COBERTURAS ADICIONALES

La Compañía no será responsable por ningún daño o pérdida que tenga como causa u origen un peligro de los que enseguida se mencionan a menos que se pacte expresamente su protección por medio de endoso a esta Póliza. El Asegurado pagará la prima adicional correspondiente.

- Los daños materiales causados por huelguistas o personas que tomen parte en paros, disturbios de carácter obrero, motines o alborotos populares, o bien por las medidas que para reprimir esos actos tomen las autoridades.
- Los daños materiales causados por apresamiento, confiscación, destrucción o daño por ingenios o barcos de guerra, piratería, apoderamiento, arrestos, restricciones, detenciones u otras actividades de guerra o beligerancia, actos de reyes, príncipes, o pueblos en prosecución o en la aplicación de sanciones bajo convenios internacionales, ya sea que ocurran antes o después de declaración de guerra y sean por un beligerante o no, incluyendo facciones empañadas en guerra civil, revolución, rebelión o insurrección o contiendas civiles que resulten de estos acontecimientos, bombardeos aéreos, minas flotantes o estacionarias o torpedos perdidos o abandonados, así como por cualquier arma de guerra que emplee fusión nuclear, o ambas, u otra reacción, fuerza o materia radioactiva.

IV.- DIRECCIÓN DE COBRO

Los cobros se realizarán 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

V.- UBICACIÓN DE LOS BIENES POR ASEGURAR Si es la misma de arriba marque aquí: Si no es la misma llene el siguiente cuadro

Barrio o Colonia		Calle o Avenida		Bloque
Casa No.		Ciudad o Municipio		Departamento
Teléfono	Fax No.	E-Mail		Apdo. Postal
Ocupación de los Bienes a Asegurar				

VI.- VIGENCIA

 Duración: _____ Desde _____ / _____ / _____ a las 12.00 m Hasta: _____ / _____ / _____ a las 12:00m.
Día Mes Año
VII.- BENEFICIARIOS O ACREEDORES (anotar nombre completo, en letra molde)

Nombre o Razón Social	Préstamo otorgado a :	Hasta por la suma de:

VII.- DESCRIPCIÓN DEL BARCO

A) INFORMACIÓN DEL CASCO	B) DE LOS MOTORES
Marca:	Marca:
Modelo:	Modelo:
Tipo:	Tipo:
No. de serie:	No. de motor:
Capacidad de toneladas:	C) OTROS DATOS:
Hangar de resguardo:	Actividad de la embarcación:
Límite geográfico:	Viajes aproximados al año:
Nombre de la embarcación:	Número de accidentes marítimos involucrados
Fabricante:	Fecha de la última inspección en dique seco:
Fecha de fabricación:	Puerto base:
No. de licencia:	Límites geográficos a los que limitara la operación del barco:
Bandera:	_____

VIII.- DATOS GENERALES DEL CAPITAN (ES)

Nombre del Capitán que exclusivamente podrá navegar el barco:	Nombre del Capitán que exclusivamente podrá navegar el barco:
Licencia No. :	Licencia No. :
Fecha de otorgamiento:	Fecha de otorgamiento:
Bandera:	Bandera:
Experiencia:	Experiencia:

IX.- RESUMEN DE PRIMAS

 MONEDA: LPS

 U\$S

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

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 constituyan 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 confidencialidad. - 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