

SOLICITUD DE SEGURO NAVES MARÍTIMAS

Fecha de solicitud | Vigencia de la póliza Desde | Hasta

Tipo de NCF
 Crédito fiscal Consumo Gubernamental Régimen especial

DATOS GENERALES

En caso de ser persona física, favor completar

Nombre completo | Apellido de casada (si aplica)

No. documento identificación | Tipo de documento
 Cédula Pasaporte | Fecha nacimiento

Sexo | Nacionalidad
 Femenino Masculino Dominicano (a) Otro (indique)

Estado civil
 Soltero (a) Casado (a) Viudo (a) Divorciado (a) Unión libre

Hijos | Nivel académico
 Primaria Secundaria Universitario Postgrado Maestría

Dirección calle / avenida | Número | Edificio o plaza

Sector | Ciudad / municipio

Tipo de vivienda | Teléfono casa | Oficina | Celular
 Propia Alquilada Otra (especifique)

Correo electrónico

En caso de ser persona jurídica, favor completar

Nombre de la empresa | Tipo de entidad
 Pública Privada

Dirección calle / avenida | Número | Edificio o plaza

Sector | Ciudad / municipio

Nombre del representante legal | Fecha de constitución | RNC

Teléfono casa | Oficina | Celular | Correo electrónico

Sector económico al que pertenece | Actividad comercial
 Comercial Industrial Financiero Servicio

DATOS DE LA EMBARCACIÓN

Nombre de la nave | Año | Marca / modelo

Destinado a
 Recreo y placer Otros, indique

Eslora | Puntal | Manga | Tipo de embarcación

Matrícula no. | Cantidad de pasajeros | Cantidad de motores | Potencia | Marca | Combustible

Puerto base | Bandera | Fecha de último survey (dd/mm/aaaa)

Material de construcción
 Fibra de vidrio Madera Acero Aluminio Polímero Otros

Nota: En caso de no disponer de suficiente espacio para la descripción de las informaciones solicitadas, favor anexar otro formulario.

Moneda
 RD\$ US\$

COBERTURAS

Coberturas	Límites (\$)
Valor del casco	
Responsabilidad civil	
Gastos médicos	
Efectos personales	
Total suma asegurada	

Límite territorial

Aguas territoriales de la República Dominicana
 Aguas del Caribe (excluyendo a Cuba)
 Otros

ANTECEDENTES

¿Usted ha tenido otros seguros sobre esta propiedad?

Sí No
 En caso de ser afirmativo, indique aseguradora

Historial de pérdida de los últimos 5 años (Tipo de siniestro, causa, fecha y monto pagado)

CESIÓN DE DERECHOS

¿Desea endosar su póliza a alguna institución?

Sí No
 En caso de ser afirmativo, indique el nombre de la institución

Sucursal	Monto de la cesión
----------	--------------------

FORMA DE PAGO

Cuotas: 25% Prima más
 1 cuota
 2 cuotas
 3 cuotas
 4 cuotas

Tipo de pago: Efectivo
 Pago automático
 Cheque
 Transferencia

Nota: En caso de seleccionar pago automático con tarjeta de crédito, completar el formulario de autorización de cargo recurrente.

DECLARACIONES GENERALES

Declaro bajo fe de juramento y certifico que he leído todas las preguntas reflejadas en esta solicitud, y que las respuestas a las mismas, y las informaciones y afirmaciones establecidas en esta son ciertas, verdaderas y completas, y constituyen la condición esencial para que Humano Seguros, S.A. (en adelante "la aseguradora") evalúe y consienta suscribir el correspondiente contrato de aseguramiento y proceda con la emisión de la póliza solicitada. Por ello, reconozco que cualquier omisión, inexactitud, falsedad o reticencia en las informaciones suministradas en este formulario, dará lugar a la nulidad del contrato y su consecuente rescisión sin responsabilidad para la aseguradora, sin perjuicio de las responsabilidades que recaigan sobre el asegurado. De igual modo, reconozco que en caso de que Humano Seguros, S.A. acepte esta solicitud, la misma surtirá efecto a partir de la fecha de inicio de vigencia especificada por escrito por la aseguradora, previo al cumplimiento de las condiciones del contrato de aseguramiento.

De igual modo, autorizo a Humano Seguros, S.A. a solicitar a centros de información crediticia la información patrimonial y extrapatrimonial necesaria a los fines de evaluación de crédito, así como a suministrar información de esta índole a los centros de información crediticia para la evaluación del riesgo por parte de otras instituciones suscriptoras de dichos centros de información, reconociendo y garantizando que la revelación de dichas informaciones por parte de la aseguradora y/o por sus respectivos empleados, funcionarios y accionistas no conllevará violación de secreto profesional a los efectos del artículo 377 del Código Penal, no supondrá violación a la Ley núm. 172-13 sobre Protección de Datos de Carácter Personal, ni generará responsabilidad bajo los artículos 1382 y siguientes del Código Civil, ni bajo ningún otro texto legal, al tiempo de renunciar expresa y formalmente al ejercicio de cualesquiera acciones o demandas a los fines de la reclamación de daños y perjuicios por dicha causa, y manteniendo libre e indemne de toda reclamación, a sus representantes, accionistas y demás causahabientes en virtud de las disposiciones del artículo 1120 del Código Civil.

Firma y sello del solicitante

DATOS COMERCIALES

Canal: Corredores
 Agentes
 Directo

No. de póliza

Intermediario	Código	Gerente de negocios
---------------	--------	---------------------