

**EMBARCACIONES DE PLACER**

**TODO SEGURO EMBARCACIONES DE PLACER**  
**Seguro de Cascos Marítimos y Responsabilidad Civil Marítima**  
**SOLICITUD DE SEGURO**

Favor, sírvase contestar todas las preguntas, la omisión de alguna de ellas podría demorar la cotización del seguro.

**I.-DATOS DEL SOLICITANTE**

- 1.1.-Nombre de la persona o entidad: \_\_\_\_\_
- 1.2.-Dirección: (a la cual usted desea que sean cursadas las comunicaciones)
- Calle \_\_\_\_\_ No. \_\_\_\_\_ Apto: \_\_\_\_\_
- entre \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_
- Reparto: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_
- Teléfono \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_
- 1.3.-Actividad que realiza: \_\_\_\_\_

**II.-ASPECTOS GENERALES**

**En caso de que existan varios embarcaciones utilice una Solicitud para cada uno de ellas.**

- 2.1.-Moneda de la póliza: CUC [ ] CUP [ ] USD [ ] EUR [ ] CAD [ ]  
 (La moneda seleccionada por usted será válida para todos los efectos de esta solicitud y de la póliza de seguro.)
- 2.2.-Vigencia del seguro solicitada: Desde las 24:00 horas del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hasta las 24:00 horas del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 (La vigencia de la póliza de seguro será por un periodo de 1 año natural o un periodo menor solicitado, contado a partir de las 24:00 horas de la fecha de aceptación de las condiciones de la Cotización.)

**III.-DATOS DE LA EMBARCACIÓN**

- 3.1.-Nombre actual de la embarcación: \_\_\_\_\_
- 3.2.-No de Matrícula: \_\_\_\_\_
- 3.3.-Edad de la embarcación: \_\_\_\_\_
- 3.4.-Eslora Total: \_\_\_\_\_ Manga: \_\_\_\_\_ Puntal: \_\_\_\_\_ (en metros)
- 3.5.-Material del casco: \_\_\_\_\_
- 3.6.-Máxima velocidad de diseño de la embarcación: \_\_\_\_\_ (Nudos)

**IV.-DETALLES DE LOS MOTORES**

MOTOR	Potencia	Marca	Modelo	No de Serie
1				
2				
* Tipo de Motor: Fuera borda <input type="checkbox"/> Interior <input type="checkbox"/>				

- 4.1.-¿Han sido estos motores reparados?  No  Si

**V.-TRÁFICO**

- 5.1.-Será la embarcación empleada:
- Para fines privados  No  Si
- Para Alquiler con fines turísticos  No  Si
- 5.2.-En caso de que la embarcación sea empleada para el transporte de pasajeros, especificar lo siguiente:
- Máxima cantidad de personas que puede transportar por su equipamiento o diseño (la que sea menor): \_\_\_\_\_
- De ellos: Pasajeros \_\_\_\_\_ Tripulantes \_\_\_\_\_

**VI.-LÍMITE DE NAVEGACIÓN**

- 6.1.-Señalar el límite de navegación (área geográfica donde operará la embarcación):
- Aguas Territoriales de la República de Cuba
- Aguas Interiores (Bahías, Ríos, Presa) Lugar: \_\_\_\_\_
- Aguas del Atlántico, Mar Caribe y Golfo de México, excluyendo cualquier territorio bajo la jurisdicción de EEUU
- Otros, Especificar: \_\_\_\_\_

**EMBARCACIONES DE PLACER**

**6.2.-INACTIVIDAD**

¿Dónde acostumbra Ud. a fondear o atracar la embarcación?: \_\_\_\_\_

Tiempo en que estará la embarcación inactiva: \_\_\_\_\_ meses. Desde \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

¿Dónde estará la embarcación durante los períodos de inactividad?  En tierra  A flote

**VII.-DETALLES DE LA CLASE**

<b>SOCIEDAD CLASIFICADORA:</b>		
<b>DOCUMENTOS</b>	<b>VENCIMIENTO</b>	Si se le ha concedido alguna extensión para la realización de la inspección de la Clase  ¿Por cuánto tiempo?: _____
<b>CERTIFICADO DE CLASIFICACION</b>		
<b>CERTIFICADO DE NAVEGABILIDAD</b>		
<b>Adjuntar copia de los Certificados de la Clase o de Gobierno</b>		

**VIII.-MEDIOS DE EXTINCIÓN DE INCENDIO**

8.1.-Extintores: Última revisión o llenado \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Control: Manual [ ] Automático [ ]

8.2.-Tipo: Agua [ ] Espuma: [ ] Química Seca [ ] CO2 [ ] Otros [ ]

**IX.-OTROS DATOS**

9.1.-¿Tiene Ud. experiencia en el manejo de embarcaciones?  Si  No ¿Cuántos años? \_\_\_\_\_

9.2.-¿Posee Ud. algún título o certificado de navegación u otra especialidad naval?  Si  No ¿Cuál? \_\_\_\_\_

9.3.-¿Qué accidentes, pérdidas o reclamaciones ha tenido Ud. durante los últimos cinco años en relación con cualquier embarcación operada por Ud. o de su propiedad?  
Favor explique.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

9.4.-¿En algún momento ha sido Ud. o alguna de las personas a las que Ud. permite el uso de su embarcación acusado de o condenado por incendio premeditado, robo, contrabando, fraude u otro acto deshonesto?  Si  No  
En caso afirmativo, favor explique.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

9.5.-¿Es una embarcación convertida o construida por aficionados?  Si  No  
Si es una conversión: ¿Cuándo fue convertida?: \_\_\_\_\_ Conversión:  Parcial  Total

9.6.-¿Ha estado asegurada la embarcación anteriormente?  Si  No  
En caso afirmativo indique el nombre de la compañía de seguros anterior: \_\_\_\_\_

9.7.-AÑADA CUALQUIER INFORMACION QUE CONSIDERE IMPORTANTE

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**X.-DATOS DEL SEGURO**

10.1.-Indique la(s) cobertura(s) básica(s) deseada(s):

Casco y Maquinaria

Indique la Suma Asegurada: Casco y Maquinaria: \_\_\_\_\_

Bote(s) Auxiliare(s): \_\_\_\_\_

(La suma asegurada debe estar en correspondencia con el valor mercado de la misma (costo de reemplazar la embarcación y sus equipos con una embarcación similar en su tipo, edad y condición))

Deducible mínimo para esta cobertura del 1% de la Suma Asegurada o U.M 100.00, siempre el mayor de los dos, aplicable a cada accidente u ocurrencia. En caso de desear un deducible superior al mínimo que lo haga acreedor de un descuento en la prima por favor especifíquelo:

Responsabilidad Civil

Indique el Límite de Indemnización solicitado: \_\_\_\_\_ (mínimo de U.M. 50,000.00)

Deducible mínimo para esta cobertura de U.M 500.00. En caso de desear un deducible superior al mínimo que lo haga acreedor de un descuento en la prima por favor especifíquelo:

1,000.00  2,000.00  3,000.00

**EMBARCACIONES DE PLACER**

10.2.-Sólo si tomó Casco y Maquinaria. ¿Desea Ud. cubrir los mástiles, arboladura, velas y aparejos durante competencias?  Sí  No

En caso afirmativo:

Indique el valor de reemplazo de los mástiles, arboladura, velas y aparejos: \_\_\_\_\_

Indique si desea esta cobertura para todas las competencias durante la vigencia de la póliza o reportará cada competencia a asegurar independientemente:

Todo el período  Reporte de Competencias independientes

Aplicará el deducible de la Cobertura de Casco y Maquinaria.

10.3.-Indique las coberturas adicionales deseadas:

10.3.1.-Sólo si tomó Casco y Maquinaria

Riesgos de Guerra y Huelgas

Efectos Personales

Deducible fijo y no optativo de U.M. 100.00

Indique la Suma Asegurada para la Cobertura de Efectos Personales: \_\_\_\_\_

(Un máximo de U.M 2,000.00 sin listado adjunto. Si desea declarar una cifra mayor debe adjuntar listado. Además deberá declarar cualquier elemento que su valor individual o como juego sobrepase las 150 unidades monetarias y también con independencia de su valor, los televisores, heladeras, refrigeradores, máquinas de vídeo, equipos fotográficos y de música, colecciones de cassettes, discos o CD y cualquier otro equipo eléctrico, especificando el valor de cada uno de los mismos.)

10.3.2.-Sólo si tomó Responsabilidad Civil

Actividades de Buceo y/o Paracaidismo Náutico y/o Esquí Acuático

Aplicarán el límite de indemnización y el deducible de la cobertura básica de Responsabilidad Civil.

**XI.-DECLARACION**

**Por medio de la presente certifico que los datos declarados en esta Solicitud corresponden a la verdad, según mi leal saber y entender, y estoy conforme con que la misma constituya la base para la valoración del riesgo por parte del Asegurador y forme parte integrante de la póliza.**

**Entiendo además, que la no exposición o desinformación acerca de algún aspecto, que pueda influir en la valoración y aceptación de esta Solicitud, le otorga el derecho al Asegurador para anular la póliza.**

**Declaro también que conozco las Condiciones Generales y las Coberturas que aplican a este tipo de seguro**

Nombre: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**La firma de esta Solicitud no obliga al Asegurador a concluir el contrato de seguro.**

**PARA USO EXCLUSIVO DEL AGENTE O PRODUCTOR**

AGENTE O PRODUCTOR: \_\_\_\_\_

(Indique el Nombre de la Agencia y el Nombre del Agente o Productor)

FORMA DE PAGO:  Anual  Semestral  Trimestral

FECHA DE RECIBO DE LA SOLICITUD: \_\_\_\_\_