



**EQUIDAD**  
Compañía de Seguros S. A.

## SEGURO DE EQUIPO ELECTRÓNICO SOLICITUD DE SEGURO

### I. TIPO DE PERSONA

|                                              |                                              |                                                 |
|----------------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| Persona Natural <input type="checkbox"/>     | Persona Jurídica <input type="checkbox"/>    | Comerciante Individual <input type="checkbox"/> |
| Empresa de Gobierno <input type="checkbox"/> | Entidad Supervisada <input type="checkbox"/> | ONG <input type="checkbox"/>                    |
|                                              |                                              | APNFD <input type="checkbox"/>                  |

### II. DATOS GENERALES DEL TOMADOR DE SEGURO / REPRESENTANTE LEGAL

Los campos a completar que no apliquen, colocar N/A.

|                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                |                                               |                                       |                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------|
| Razón o Denominación Social                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                | Nombre Comercial                              |                                       | Fecha de Constitución<br>Día   Mes   Año    |
| R.T.N. de la Empresa                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                | No. de Incripción en Registro Mercantil       | Objeto Social y/o Actividad Económica |                                             |
| Primer Nombre                                                                                                                              | Segundo Nombre                                                                                                                                                                                                                 | Primer Apellido                               | Segundo Apellido                      | Apellido De Casada                          |
| Identidad No.:                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                | Tipo de Identificación                        |                                       |                                             |
|                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                | Tarjeta de Identidad <input type="checkbox"/> | Pasaporte <input type="checkbox"/>    | Carnet Residencia. <input type="checkbox"/> |
| R.T.N. No.:                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                | Fecha de Nacimiento                           |                                       | Edad                                        |
|                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                | Día:                                          | Mes:                                  | Año:                                        |
| Lugar de Nacimiento<br>Municipio   Departamento   País                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                |                                               |                                       | Nacionalidad (es):                          |
| Género                                                                                                                                     | Estado Civil                                                                                                                                                                                                                   |                                               |                                       |                                             |
| Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>                                                                       | Soltero (a) <input type="checkbox"/> Casado (a) <input type="checkbox"/> Viudo (a) <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Divorciado (a) <input type="checkbox"/> Separado (a) <input type="checkbox"/> |                                               |                                       |                                             |
| Nombre completo del Cónyuge                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                | No. Identidad del Cónyuge                     |                                       |                                             |
| Dirección Completa de Residencia                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                |                                               |                                       |                                             |
| Departamento:                                                                                                                              | Municipio:                                                                                                                                                                                                                     | Ciudad:                                       | Colonia:                              |                                             |
| Bloque No.:                                                                                                                                | Casa No.:                                                                                                                                                                                                                      | Calle:                                        | Avenida:                              |                                             |
| Otras referencias o señas:                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                |                                               |                                       |                                             |
| Teléfono Fijo:                                                                                                                             | Celular:                                                                                                                                                                                                                       | Otro Teléfono:                                | Fax:                                  |                                             |
| Correo Electrónico:                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                               |                                       |                                             |
| Profesión u oficio:                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                |                                               |                                       |                                             |
| Origen de sus Recursos                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                |                                               |                                       |                                             |
| Actividad económica principal:                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                |                                               |                                       |                                             |
| Ocupación actual: Asalariado <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Comerciante <input type="checkbox"/> Otros _____ |                                                                                                                                                                                                                                |                                               |                                       |                                             |

Más que Seguros, Somos Solidarios

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No.65/21-09-2021.



|                                                                                  |                                 |                                         |          |
|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------------|----------|
| Posee Negocio Propio:<br>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Nombre del Negocio (Si aplica): | Giro o actividad económica del negocio: |          |
| Nombre empresa donde labora:                                                     | Posición/ Cargo que desempeña:  | Fecha de Empleo<br>Día: Mes: Año:       |          |
| <b>Dirección Completa de la Empresa</b>                                          |                                 |                                         |          |
| Departamento:                                                                    | Municipio:                      | Ciudad:                                 | Colonia: |
| Bloque No:                                                                       | Edificio:                       | Calle:                                  | Avenida: |
| Teléfono No:                                                                     | Fax No:                         | Otros teléfonos:                        |          |
| Correo Electrónico:                                                              | Sitio Web:                      |                                         |          |

### III. ACTIVIDAD DEL BIEN O BIENES POR ASEGURAR

|  |
|--|
|  |
|--|

### IV. VIGENCIA

|                                   |        |        |  |
|-----------------------------------|--------|--------|--|
| Abierta: <input type="checkbox"/> |        |        |  |
| Cerrada: <input type="checkbox"/> | Desde: | Hasta: |  |

### V. CARACTERÍSTICAS DEL BIEN

Moneda: Lempiras: ☐ Dólares: ☐

### VI. COBERTURAS

| No. | Descripción                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Suma Propuesta |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| 1   | Daños Materiales                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                |
|     | a) Incendio y/o Rayo, Explosión, Extinción de Incendios, Terremoto y Erupción Volcánica.<br>b) Inundación, Granizo, Ciclón, Huracán ó Vientos Tempestuosos.<br>c) Huelgas, Alborotos Populares, Conmoción Civil.<br>d) Actos Mal Intencionados y Dolo de Terceros.<br>e) Daños Materiales por Caída de Naves Aéreas, Objetos Caídos de los Mismos y/o Colisión de Vehículos Terrestres<br>f) Humo, Hollín, Gases, Líquidos ó Polvos Corrosivos Acción del Agua, Humedad que no Provengan de las Condiciones Atmosféricas Comunes en la Región.<br>g) Errores de Manejo, Descuido, Negligencia, Impericia ó Mala Intención del Personal del Asegurado ó de Extraños.<br>h) Caída, Alzas ó Faltas Súbitas de Voltaje, Cortocircuitos, Arcos Voltaicos, Tostación del Aislamiento Eléctrico, Azogamiento.<br>i) Perturbaciones por Campos Magnéticos.<br>j) Deslizamiento de Tierra, Caída de Rocas, Aludes.<br>k) Defectos de Material de Construcción de Diseño y De Instalación, Incluyendo Deslizamiento ó Ruptura de Piso donde estén Ubicados los Objetos Cubiertos por el Contrato.<br>l) Cuerpos Extraños que se Introduzcan en los Bienes Asegurados.<br>m) Robo Total ó Parcial Incluyendo el Robo con Violencia. |                |

**Más que Seguros, Somos Solidarios**



|   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |
|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|   | n) Fallas del Equipo Acondicionador de Aire y en las Unidades Suplidoras de Energía que deberá tener Conectados a los Equipos.<br>o) Deslizamientos ó Caídas al Piso en forma Accidental.<br>p) Gastos Adicionales por Concepto de Flete Expreso no Aéreo, Trabajos en días Festivos y Horas Extras, Siempre que tales Gastos sean Erogados con Motivo de la Reparación de un Daño Cubierto.<br>q) Gastos por Flete Aéreo, Erogados por Motivo de la Reparación de un Daño Cubierto |  |
| 2 | Portadores Externos de Datos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |
| 3 | Incremento en el Costo de Operación                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |
|   | <b>Total</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |

#### VII. COBERTURAS ADICIONALES

| No. | Detalle | Amparado/Excluido |
|-----|---------|-------------------|
| 1   |         |                   |
| 2   |         |                   |
|     |         |                   |

#### XIII. DECLARO

Las declaraciones inexactas y las reticencias del contratante, relativas a circunstancias tales que La Compañía no habría dado o su consentimiento o no la habría dado en las mismas condiciones si hubiese conocido el verdadero estado de las cosas, serán causas de anulación del contrato, cuando el contratante haya obrado con dolo o culpa grave, según el Artículo No. 1141 del Código de Comercio Vigente. Asimismo, el Tomador de Seguro declara que la información referente a su identificación es verídica y que puede ser confirmada en cualquier momento por esta Compañía. Igualmente, el Intermediario de Seguros declara que ha corroborado la información personal del Tomador del Seguro y de haber tenido a la vista los documentos de identificación del mismo, en fe de lo cual firma.

#### XIV. CONSENTIMIENTO

|                                                                                                                                                                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Yo, _____, en calidad<br>de _____<br>de _____, solicito a Equidad Compañía de Seguros S.A., con domicilio en Tegucigalpa,<br>M.D.C., la emisión de la Póliza del Seguro Equipo Electrónico, a nombre de la entidad que represento. |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Lugar y fecha \_\_\_\_\_

Nombre del Solicitante \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Nombre del Intermediario \_\_\_\_\_ Firma del Intermediario \_\_\_\_\_