

## SEGURO DE MAQUINARIA Y EQUIPO DE CONTRATISTA SOLICITUD DE SEGURO

**Tipo de Persona:**      Natural      Jurídica      Comerciante Individual

Para Uso Exclusivo de la Compañía					
Tipo Relación/Rol: <input type="radio"/> Contratante <input type="radio"/> Afianzado <input type="radio"/> Asegurado <input type="radio"/> Acreedor <input type="radio"/> Reasegurador <input type="radio"/> Intermediario					
<input type="radio"/> Beneficiario <input type="radio"/> Apoderado <input type="radio"/> Proveedor <input type="radio"/> Corredor de Reaseguro <input type="radio"/> Otro: _____					
ID Cliente	<input type="text"/>	Categoría Riesgo	<input type="text"/>	Cliente:	<input type="radio"/> Nuevo <input type="radio"/> Existente
ID Acreedor	<input type="text"/>	Categoría Riesgo	<input type="text"/>	Cliente:	<input type="radio"/> Nuevo <input type="radio"/> Existente
No. Trámite	<input type="text"/>	No. Oferta	<input type="text"/>	No. Póliza	<input type="text"/>

### 1. Datos Personales del Asegurado o del Representante Legal

Apellidos <input type="text"/>		Nombres <input type="text"/>	
Fecha Nacimiento <input type="text"/>	Edad <input type="text"/>	Lugar de Nacimiento <input type="text"/>	
<b>Sexo:</b> <input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Masculino	<b>Estado Civil:</b>	<input type="radio"/> Soltero (a)	<input type="radio"/> Casado (a) <input type="radio"/> Divorciado (a) <input type="radio"/> Viudo (a)
No. Identificación <input type="text"/>	No. R.T.N. <input type="text"/>		
Tipo Identificación: <input type="checkbox"/> Cédula <input type="checkbox"/> Pasparte <input type="checkbox"/> Residencia	No. Seguro Social <input type="text"/>		
Ocupación <input type="text"/>	1ra. Nacionalidad <input type="text"/>		
Profesión <input type="text"/>	2da. Nacionalidad <input type="text"/>		
¿Se ha desempeñado como funcionario público en un puesto con poder de decisión o con acceso a recursos públicos?      Si    No			
Ocupación PEP'S <input type="text"/>	Nombre Institución <input type="text"/>		
¿Algún pariente suyo se ha desempeñado como funcionario público en un puesto con poder de decisión o con acceso a recursos públicos?      Si    No			
Si su respuesta es si: Nombre _____		Identificación _____	

#### Dirección de Domicilio

Barrio / Colonia <input type="text"/>	Avenida <input type="text"/>	Calle <input type="text"/>
Bloque No. <input type="text"/>	Casa / Edificio No. <input type="text"/>	Municipio <input type="text"/>
Departamento <input type="text"/>	País <input type="text"/>	
Otras referencias de la dirección <input type="text"/>		

#### Contacto

Tel. Casa <input type="text"/>	Correo Personal <input type="text"/>
Celular <input type="text"/>	Forma de Contacto: <input type="radio"/> Tel. Casa <input type="radio"/> Celular <input type="radio"/> Correo electrónico
Autoriza a Seguros LAFISE a enviar información a mi correo electrónico?    Si <input type="radio"/> No	

#### Datos del Cónyuge

Apellidos <input type="text"/>		Nombres <input type="text"/>	
Teléfono Casa <input type="text"/>	No. Identificación <input type="text"/>		
Celular <input type="text"/>	Correo Electrónico <input type="text"/>		
Ocupación Actual <input type="text"/>	Profesión <input type="text"/>		
¿Trabaja?    Si <input type="radio"/> No			
Lugar de Trabajo <input type="text"/>	Teléfono <input type="text"/>		
Dirección de Trabajo <input type="text"/>			

#### Datos laborales (Actividad Económica)

Nombre Empresa <input type="text"/>	
Tipo de Actividad <input type="text"/>	Explicar <input type="text"/>
Ámbito de Negocio <input type="text"/>	Origen de Fondos <input type="text"/>
Cargo o Posición <input type="text"/>	Fecha Ingreso <input type="text"/>

#### Dirección del Trabajo de asegurado o Representante Legal

Barrio / Colonia <input type="text"/>	Avenida <input type="text"/>	Calle <input type="text"/>
Bloque No. <input type="text"/>	Casa/Edificio No. <input type="text"/>	Municipio <input type="text"/>
Departamento <input type="text"/>	País <input type="text"/>	
Tel. Empresa <input type="text"/>	Correo Electrónico Trabajo <input type="text"/>	

**Tipo Contratación:**    Permanente    Temporal      **Moneda de ingresos:**    Lempiras    Dólares    Euros

#### Nivel aproximado de Ingresos según el salario mínimo mensual vigente (SMMV)

	De 0-3	De 4-6	De 7-10	De 11-20	De 21-50	De 50 en adelante
<b>Actividad:</b>	Ama de Casa	Asalariado	Comerciante Individual	Pensionado	Negocio Propio	
	Estudiante	Jubilado	Renta de Bienes	Socio	Otra _____	
<b>Origen de Fondos:</b>	Ahorro	Empresa	Honorarios Legales	Pensión	Salario	
	Dependientes	Herencia	Negocio Propio	Jubilación	Renta de Bienes	
	Socio	Otros: _____				

#### Datos de la persona de quién depende económicamente

Apellidos <input type="text"/>		Nombres <input type="text"/>	
No. Identificación <input type="text"/>	Tipo de Dependencia    Tutor    Representante Legal		
Tipo Identificación: <input type="checkbox"/> Cédula <input type="checkbox"/> Pasparte <input type="checkbox"/> Residencia	Origen de Ingresos <input type="text"/>		
Actividad Económica <input type="text"/>	Ocupación <input type="text"/>		

## 2. Datos Generales de Persona Jurídica

Denominación Social

Nombre Comercial

Registro Mercantil Matricula No.  Inscripción con Presentación No.

No. Identificación  Tipo de identificación: R.T.N. Otra.

Fecha de Constitución  Lugar de Constitución

País Origen  Países en que opera

**Actividad:** Agrícola Civil Comercial Construcción Religiosa Entidad Pública  
Industrial Servicios Servicios Financieros Turismo Transporte Otra

Explicar Actividad /Giro del Negocio

Tipo de Empresa: Publica Privada Otra

Localidad Económica: Local Nacional Americana Internacional

Ámbito de Negocio: Negocios Locales Negocios Regionales Negocios Multinacionales

¿Pertenece a un Grupo Económico o financiero? Si No Nombre del Grupo

Total Activos  Ingresos Anuales

Moneda de Ingreso: Lempiras Dólares Euros

**Dirección de la Empresa**

Barrio / Colonia  Avenida  Calle

Bloque No.  Edificio No.  Municipio

Departamento  País

Otras referencias

**Dirección de Cobro de la Empresa**

Barrio / Colonia  Avenida  Calle

Bloque No.  Casa / Edificio No.  Municipio

Departamento  País

Otras referencias

**Contacto**

Tel. Empresa 1  Correo Electrónico

Tel. Empresa 2  Página Web

Fax  Nombre del contacto

**Composición Accionaria:**

Nombre del Accionista	No. Identificación	Es PEP'S?	% de Acciones	Monto Acciones
		Si ___ No ___		
		Si ___ No ___		
		Si ___ No ___		
		Si ___ No ___		
		Si ___ No ___		
		Si ___ No ___		
		Si ___ No ___		
		Si ___ No ___		
		Si ___ No ___		
			<b>Total Acciones</b>	

Especificar Beneficiario Final o Controlante de la Sociedad

**Miembros de la Junta Directiva**

Nombre Completo	No. Identificación	Cargo en la Junta

**NOTA:** Si la información es mayor a las líneas disponibles para describir, favor adjuntar la información en documento aparte. Establecer la estructura de acciones "Al Portador", cuando aplique.

## 3. Referencias Bancarias o Comerciales

Nombre de la Institución	Teléfono	Tiempo de la Relación Comercial

**4. Referencia de los Principales Proveedores**

Nombre del Proveedor	Teléfono	Tiempo de la Relación Comercial

**5. Seguros con otra compañía**

Ramo	Nombre del Compañía de Seguros

**6. Especificación del Riesgo****I. Ubicación de los bienes a Asegurar**

Barrio / Colonia  Avenida  Calle

Bloque No.  Casa / Edificio No.  Municipio

Departamento  País

Otras referencias de la dirección

**Contacto**

Fax  Correo Electrónico

Apdo.Postal  Sitio Web

**Indicar si los predios donde se encuentran los bienes son:**

a) Terreno Plano  b) Terreno con Ondulaciones  c) Terreno Montañoso  d) Otros

Especificar: \_\_\_\_\_

Indicar si el responsable de conducir el equipo o la máquina tiene mas de un año de experiencia en el manejo de esos equipos.

Si  No

Indicar el número de horas que trabajará diariamente el Equipo:

Indicar si los equipos por asegurar:

A) ¿ Han estado asegurados anteriormente? Si  No  En caso afirmativo indique para qué equipos y en que compañía?

B) ¿ Han sufrido daños durante los últimos tres años? Si  No

Describe brevemente los daños: \_\_\_\_\_

Indicar si existe un plan de mantenimiento para el equipo Si  No

Indicar si el equipo en el transcurso del seguro trabajará en diferentes lugares. Si  No

Indique en que lugares: \_\_\_\_\_

Cobertura Básica "A" Daños al Equipo y Maquinaria de Contratista: Riesgos Cubiertos:

a) Incendio, impacto de rayo.

b) Explosión, excepto los daños que por su propia explosión sufran calderas y aparatos que normalmente estén sujetos a presión.

c) Ciclón, tornado, vendaval, huracán, granizo.

d) Inundación.

e) Temblor, terremoto y/o erupción volcánica.

f) Hundimiento del terreno, deslizamientos de tierra, caída de rocas, aludes, deslaves.

g) Hundimiento o rotura de alcantarillas, puentes para vehículos, muelles o plataformas de carga

h) Colisión con objetos en movimiento o estacionarios, volcadura, caída y enfangamiento.

i) Colisión, descarrilamiento o volcadura, Incendio, rayo, explosión del medio de transporte terrestre en que los bienes asegurados fuesen transportados, incluyendo caída de aviones, hundimiento o rotura de puentes, así como las maniobras de carga y descarga.

j) Colisión, descarrilamiento o volcadura, Incendio, rayo, explosión del medio de transporte terrestre en que los bienes asegurados fuesen transportados, incluyendo caída y colisiones durante las maniobras de carga y descarga

k) Robo total de cada unidad especificada en las condiciones particulares, así como las pérdidas o daños materiales que sufran a consecuencia de dicho robo.

B. Riesgos excluidos que pueden ser cubiertos mediante convenio expreso: Cobertura de Pérdidas o Daños Causados por Huelgas, Motin y Conmoción Civil

Además de la cobertura del seguro normal cuáles otras coberturas adicionales desea usted obtener:

1. Actos de al menos tres (3) personas que tomen parte conjuntamente con otras en actos que alteren el orden público (estén o no en conexión con una huelga o suspensión de empleo y sueldo) y que no queden comprendidos en la cláusula 2: Exclusiones de estas condiciones generales detalladas más adelante;

2. Medidas o tentativas que para reprimir tal disturbio o para aminorar sus consecuencias tomare cualquier autoridad legalmente constituida con motivo de sus funciones

3. Actos intencionados de cualquier huelguista o empleado suspendido para fomentar una huelga o para resistir a una suspensión de empleo y sueldo;

4. Medidas o tentativas que para impedir tales actos o para aminorar sus consecuencias tomare cualquier autoridad legalmente constituida con motivo de sus funciones

Cobertura "C" Responsabilidad Civil Extracontractual del Asegurado

Indicar si para el traslado terrestre el asegurado cuenta con equipo mecánico especializado Si  No

Si es afirmativo con ¿que cuenta? \_\_\_\_\_

Si la respuesta anterior fue negativa, con que compañías contrata los traslados del equipo: \_\_\_\_\_

Indicar si el equipo y la maquinaria a asegurar están en parte o totalmente alquilados: Si  No

En caso afirmativo, ¿para qué posiciones de la relación de maquinaria y en qué Compañías? \_\_\_\_\_

Indicar si el equipo y maquinaria están expuestos en forma extraordinaria a riesgos especiales:

- Incendio, Explosión  Terremotos, volcanismo, maremotos
- Huracán, Ciclón  Avenida, Inundación

- Derrumbes
- Labores de montaña
- Otros

- Uso de explosivos
- Labores subterráneas

Indicar si desea que la cobertura incluya gastos adicionales, para Horas extras, trabajo nocturno, trabajo en días festivo Si  No

Límite de indemnización para tales gastos \_\_\_\_\_

Indicar si desea asegurar el transporte dentro del país: Si  No  En caso afirmativo, especificar: \_\_\_\_\_

Valor máximo por cada medio de transporte \_\_\_\_\_

