

c) Maquinaria y equipo	
d) Otros	
Total	

Moneda: Lempiras: Dólares:

VII. Coberturas

Robo perpetrado por cualquier persona o personas que haciendo uso de violencia del exterior al interior del local dejen señales visibles de violencia. SI NO

Robo por asalto, perpetrado dentro del local mediante el uso de fuerza o violencia moral o física, sobre las personas. SI NO

Daños materiales que sufran los bienes asegurados causados con motivo de robo o intento de robo. SI NO

VIII. Otros Seguros:

¿Existe otro seguro amparando los mismos bienes? SI NO

En caso afirmativo indique la empresa aseguradora y los valores asegurados:

¿Están estos bienes asegurados contra incendio? SI NO

¿Por cuánto? _____ ¿con qué compañía? _____

¿Le ha sido cancelado un seguro? SI NO

Motivo de la Cancelación: _____

¿Ha sufrido pérdida por robo en los últimos cinco años? SI NO

¿En qué fecha? _____ ¿cuál es el monto? _____

¿Estaban asegurados? _____ ¿con qué compañía? _____



IX. Medidas de Seguridad:

¿Con qué protección cuentan cuando el local se encuentra cerrado a operaciones?

¿Hay vigilantes armados al cuidado exclusivo del local incluso domingos y días festivos?

SI NO

¿Cuántos? _____

¿Existen sistemas de alarma eléctricos?

SI NO

X. Declaración del oferente:

1. Por la presente solicito la emisión de una póliza de Seguro contra Robo, declaro y convengo en que todas las respuestas y declaraciones anteriores son completas y verdaderas y forman la base sobre la cual se fundará la Aseguradora para emitir la póliza que solicito y que cualquier declaración falsa o inexacta causa la nulidad de la misma. La póliza entrará en vigor hasta que la Aseguradora haya aceptado por escrito la presente solicitud, expedido la póliza y recibido la prima correspondiente, teniendo como vigencia la señalada en la respectiva póliza.
2. Hago constar que las condiciones generales y especiales de la Póliza son de mi conocimiento y tienen mi plena aceptación.

XI. Importante:

Por el valor de la prima de esta póliza, el Asegurado debe exigir un recibo impreso extendido por funcionarios administrativos de la Aseguradora y no por el Intermediario u otra persona; asimismo se recomienda al Asegurado leer cuidadosamente la Póliza.

Nombre y Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Nombre y Firma del Intermediario: _____ Fecha: _____

No. De Registro de Intermediario en la CNBS: _____

Revisado y Aprobado por: _____ Fecha: _____

Lugar: _____