

La siguiente solicitud deberá ser completada con letra de molde

A. DATOS DEL ASEGURADO

PARA USO EXCLUSIVO DE LA COMPAÑÍA	Oficina:	Código de Contratante:
Vinculación:	No. de solicitud:	No. de póliza:

I. Datos Generales del Tomador del Seguro Persona natural Persona jurídica

Datos Persona Natural/Representante Legal

Nombre comercial					
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre		
Apellido de casada	Identidad	Carnet de residencia	Pasaporte	No. de documento	Fecha de vencimiento del documento
RTN contratante natural o representante legal	Lugar de nacimiento	Fecha de nacimiento	Día	Mes	Año
Nacionalidad					
Profesión, ocupación, oficio o actividad económica		Estado civil			
		Soltero Casado Divorciado Unión libre Viudo			
Nombre de la empresa donde trabaja o nombre del negocio propio		Cargo que desempeña			
Tiempo de laborar		Giro de la empresa			
Con que instituciones financieras posee cuentas:		Origen de los recursos			
Nivel aproximado de ingresos					
L 0.00 - L 27,000.00 L 27,000.01 - L 57,000.00 L 57,000.01 - L 89,000.00 L 89,000.01 - L 177,000.00 L 177,000.01 - L 442,000.00 Mayor a L 442,000.01					
¿Ha desempeñado ALGÚN cargo PÚBLICO usted o un familiar suyo en los ÚLTIMOS 4 años?		(Si aplica) Cargo:		(Si aplica) Instituciones:	
Si No					
En caso de ser afirmativo completar el SPS-F.CR-01 formulario de identificación y vinculación para personas expuestas políticamente (Aplica para nacionales y extranjeros)					
¿ACTÚA en nombre o representación de otra persona? Si No					
Nombre completo de la persona que representa		Su relación		No. de identidad de la persona que representa	
¿Depende económicamente de otra persona? Si No					
Nombre completo de la persona que representa		Su relación		No. de identidad de la persona de la que depende	
¿Cliente es APNFD? Si No					
APNFD = Actividades y Profesiones No Financieras Designadas.		Si la respuesta es Si indicar que actividad APNFD realiza:			
¿Cliente es Contratista del Estado? Si No					

Datos del Cónyuge

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
-----------------	------------------	---------------	----------------

Nombre de la empresa donde trabaja		Cargo que desempeña	
No. de Teléfono	No. de Celular		Correo electrónico

Datos Persona Jurídica

Denominación y razón social					
Objeto social y/o actividad económica	RTN / RUC	No. de inscripción del registro mercantil	Fecha de constitución de la empresa	Día	Mes Año
Departamentos o países donde opera					
1	2	7			
Origen de los recursos		Monto aproximado del total de activos (Lempiras)			
Venta o ingresos anuales (Lempiras)		¿Pertenece a un grupo económico? Si ☐ No ☐		¿Cuál?	
Nombre de la empresa (1)	Teléfono	Referencias bancarias o comerciales		Nombre de la empresa (2) Teléfono	
Nombre de la empresa (1)	Teléfono	Proveedores principales		Nombre de la empresa (2) Teléfono	
¿Cliente es APNFD? Si ☐ No ☐		Si la respuesta es Si indicar que actividad APNFD realiza:			
APNFD = Actividades y Profesiones No Financieras Designadas					
¿Cliente es Contratista del Estado? Si ☐ No ☐		¿Cliente es ONG/OSFL? Si ☐ No ☐		ONG = Organismo No Gubernamental OSFL = Organización Sin Fines de Lucro	

II. Dirección de Residencia del Contratante o Representante LegalDirección de cobro ☐

País		Departamento		Municipio		Ciudad	
Colonia		Calle		Avenida		Bloque	Casa No.
Detallar dirección							Apartado Postal
Teléfono		Celular			Correo electrónico		

III. Dirección de Trabajo del Contratante o de la EmpresaDirección de cobro ☐

País		Departamento		Municipio		Ciudad	
Colonia		Calle		Avenida		Bloque	Casa No.
Detallar dirección							
Teléfono		Celular			Correo electrónico		
Telefax		Apartado Postal			Sitio web		

IV. Vigencia

Desde:	Al mediodía	Hasta:	Al mediodía
--------	-------------	--------	-------------

V. Información de Otros Seguros

¿Tiene otros seguros con la compañía? Si ☐ No ☐	¿Qué tipo de seguros?	¿Con cuál otra compañía tiene (tenía) seguros?
¿Qué tipo de seguro?		Sumas aseguradas

VI. Datos del Beneficiario Preferente

Nombre completo del Beneficiario	NÚMERO de identificación	Participación

VII. Dirección del Beneficiario

Colonia:	Casa NÚMERO:	Teléfono:	Celular:
----------	--------------	-----------	----------

Detallar dirección:	
Ciudad:	Municipio:

B. ESPECIFICACIONES DEL RIESGO

I. Riesgos cubiertos

Moneda: Lempiras ☐ Dólares ☐ Euros ☐

Cobertura	Amparo	Deducible
DAÑOS MATERIALES:		
a) La Compañía indemnizará al Asegurado, durante el período de seguro mencionado en las Condiciones Particulares o durante otros períodos sucesivos por los que el Asegurado haya abonado la prima correspondiente y que la Compañía haya percibido, todos los daños o pérdidas que sufran los bienes especificados en las Condiciones Particulares o partes de los mismos, mientras se encuentren dentro del sitio asegurado o dentro del área geográfica allí especificada, a consecuencia de un siniestro accidental, súbito e imprevisto originado por cualquier causa que fuera (salvo las excluidas expresamente) en forma tal que exijan su reparación o reposición.		
b) La Compañía resarcirá al Asegurado tales daños o pérdidas en la forma y hasta los límites estipulados en las Condiciones Particulares, mediante una indemnización al contado, la reposición o reparación del o de los bienes afectados (según lo elija la Compañía) hasta el monto estipulado en las Condiciones Particulares para cada posición en concepto de suma asegurada; dicha indemnización no deberá sobrepasar de ninguna manera el límite máximo estipulado para tal concepto o, según el caso, la suma asegurada total especificada en las Condiciones Particulares de la presente póliza.		
c) El seguro amparará los bienes asegurados una vez estén en condiciones para ser puestos en funcionamiento, se hallen o no en funcionamiento y/o estén desmontados para fines de limpieza o reacondicionamiento y/o durante la ejecución de dichos trabajos y/o en el curso del subsiguiente remontaje.		

II. Riesgos que pueden ser cubiertos mediante Convenio Expreso:

a) Endoso 001 Cobertura de Pérdidas o daños causados por huelga, motín y conmoción civil.	Hasta:
b) Endoso 006 Cobertura para gastos extraordinarios por horas extra, trabajo nocturno, trabajo en días feriados, flete expreso.	Hasta:
c) Endoso 007 Cobertura de Flete Aéreo.	Hasta:
d) Endoso 400 Cobertura para maquinaria y equipo bajo tierra.	
e) Endoso 401 Cobertura de transportes nacionales	Hasta:
f) Endoso 410 Reajuste de la suma asegurada y prima	
g) Endoso 420 Cobertura de Instalaciones y Equipos de Perforación para la Explotación de Petróleo, Gas y/o Energía Geotérmica.	
h) Endoso 421 Cobertura de Equipos e Instalaciones de Perforación para Agua.	

III. Desglose del equipo y maquinaria por ubicación

Descripción	Valor de Reposición Nuevo	Ubicación

¿Existió ya un seguro anterior y maquinaria de contratista? Sí ☐ No ☐

En caso afirmativo, ¿Para qué posiciones de la relación de maquinaria y en que compañía?

¿El equipo y maquinaria a asegurar están en parte o totalmente? Sí ☐ No ☐

En caso afirmativo, Indicar nombre y dirección del propietario.

Mencione el nombre de los proyectos, No. de los contratos y lugares donde se encontrará operando el equipo y maquinaria que será asegurado.

Mencione el horario de operación del equipo y maquinaria y si las mismas poseen matrícula de circulación.

El equipo y maquinaria están expuestos en alguna forma extraordinaria a riesgos especiales.

Incendio y Explosión	☐	Terremotos, volcánico, maremotos	☐	Huracán, ciclón	☐	Avenida, inundación	☐
Derrumbe	☐		☐	Labores en montañas	☐	Labores subterráneas	☐
Otros	☐						

Desea usted que la cobertura incluya gastos adicionales para:

¿Horas extras, trabajo nocturno, trabajo en días festivos?	Sí ☐	No ☐
Límite de indemnización para tales gastos:		

Favor proporcionar detalles con respecto a los siniestros

Fecha del siniestro	Maquinaria y/o Equipo	Monto (incluyendo el deducible)	Causa del siniestro

IV. Desglose de prima, NÚMERO y medio de pago:

Prima neta		
Impuesto sobre venta 15%		
Derechos de emisión de la póliza		
Prima total		
Número de pagos:	Prima pago:	Pagos:
Autorizo débito a mi tarjeta de crédito No.	Compañía:	
Autorizo débito a mi cuenta bancaria No.	Banco:	Cheques ☐ Ahorro ☐

V. Observaciones

Las declaraciones inexactas y las retinencias del Asegurado Contratante, relativas a circunstancias tales que el Asegurado no habría dado su conocimiento o no la habría dado en las mismas condiciones si hubiese conocido el verdadero estado de las cosas, serán causa de anulación del contrato, cuando el Contratante haya obrado con dolo o culpa grave. Artículo 1141 del Código del Comercio vigente.

Asimismo, el Tomador del 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.

Yo/Nosotros garantizamos que el(los) bien(es) antes mencionado(s) es/son de mi/nuestra propiedad y que las declaraciones hechas y los particulares proporcionados son verdaderos y que no se ha ocultado o suprimido ninguna información material y Yo/Nosotros estoy/estamos de acuerdo en aceptar una póliza sujeta a los términos, exclusiones y condiciones que en ella se indiquen.

Por la presente declaramos que todo lo expuesto por nosotros en la Solicitud está completo y concuerda con la verdad SEGÚN nuestro leal saber y entender y por la presente estamos de acuerdo con que esta Solicitud constituya la base y forme parte de la póliza extendida en relación con el riesgo mencionado más arriba. Queda estipulado que el Asegurado sólo será responsable en concordancia a los términos de la póliza y/o que el Asegurado no presentará ninguna otra reclamación de la naturaleza que fuera. El Asegurador está obligado a tratar esta información en un plano de estricta confidencia.

Lugar y Fecha

XV. Firmas

Autorizo a LA COMPAÑÍA para que los documentos que acrediten la celebración de la póliza de seguro, incluyendo las Condiciones Generales o Condiciones Particulares, modificaciones realizadas a la misma, así como cualquier notificación relacionada a la operación, pueda ser remitida al correo electrónico indicado en esta solicitud.

Nombre del Solicitante	Firma del Solicitante	Código y Firma del Intermediario

Esta solicitud está sujeta a la aceptación del riesgo previa inspección del mismo.

XVI. Favor adjuntar a esta solicitud copia de la siguiente documentación:

- ☐ Registro Tributario Nacional (RTN)
- ☐ Permiso de Operación
- ☐ Acta constitutiva o Escritura debidamente inscrita
- ☐ Identidad el Apoderado Legal
- ☐ RTN Apoderado Legal
- ☐ Carta de Poder de Representante Legal
- ☐ Formato para detallar Beneficiarios finales de personas jurídicas
- ☐ Copia de las Identidades de los Accionistas
- ☐ Formato de Identificación Clientes PEP

Queda a criterio de La Compañía solicitar información adicional a la detallada anteriormente cuando así lo considere.

Para futuras ofertas de aseguramiento:

Otros bienes potencialmente asegurables:

