

SEGURO PARA EQUIPO Y MAQUINARIA DE CONTRATISTAS

SOLICITUD DE SEGURO

La solicitud deberá ser llenada con letra de molde y sin omitir datos, sin tachaduras, borrones ni manchones

PARA USO EXCLUSIVO DE MAPFRE

Cód. de contratante	No. de solicitud	Vinculación	Fecha de emisión	No. de póliza	Cód. Agente de Venta
			Día - Mes - Año		

A. DATOS GENERALES

I. DATOS DEL AGENTE DE SEGURO

Agente		Código del agente	
--------	--	-------------------	--

II. DATOS DEL CONTRATANTE

DATOS PERSONA NATURAL (Para las personas jurídicas serán las del Representante Legal)

Primer nombre		Segundo nombre		Primer apellido		Segundo apellido	
Tipo de identificación		Identidad ☐		Pasaporte ☐		Carné de residencia ☐	
No. identificación		RTN		Fecha de nacimiento		Lugar de nacimiento	
				Día - Mes - Año			
Estado civil	S ☐ C ☐ D ☐ V ☐ UL ☐			Género	Masculino ☐ Femenino ☐		
Nacionalidad (es)					Profesión, oficio u ocupación		
1							
2							
Móvil _ 1				Móvil _ 2			
Correo electrónico _ 1							
Correo electrónico _ 2							
Nombre del cónyuge (completo)							
Dirección de residencia del contratante / asegurado							
País		Departamento		Municipio		Barrio o colonia	
No. Casa/ lote		Calle(s)		Avenida(s)		Teléfono de la residencia	
Detalle el origen de los fondos para contratación del seguro							
¿Es comerciante Individual? Si ☐ No ☐				Giro del negocio			
Nombre del negocio (Si aplica)							
Lugar de trabajo		Área		Cargo que desempeña		Tiempo de laborar	
Nivel aproximado de ingreso según el salario mínimo mensual vigente							
De 0 - 3 ☐ De 4 - 6 ☐ De 7 - 10 ☐ De 11 - 20 ☐ De 21- 50 ☐ De 50 en adelante ☐							
Ha desempeñado un cargo público en los últimos cuatro (4) años						Si ☐ No ☐	
Detalle el nombre del cargo							
Dirección laboral del contratante / asegurado							
País		Departamento		Municipio		Barrio o colonia	
No. Casa/ lote		Calle(s)		Avenida(s)		Teléfono de la empresa	
Correo electrónico							

DATOS DE PERSONA JURIDICA			
Razón o Denominación Social			
Nombre Comercial		RTN/RUC	Fecha de Constitución
			Día - Mes - Año
Número de registro de la escritura	Pertenece su empresa a un grupo Financiero o Económico Si ☐ No ☐		
	¿Cuál?		
Tipo de Empresa			
Según la composición de capital	Pública ☐	Privada ☐	Mixta ☐
Según la actividad económica	Industrial ☐	Comercial ☐	Transporte ☐
	Construcción ☐	Agrícola ☐	Civil ☐
	Servicio Financieros ☐		
Según la forma jurídica	APNFD ☐	Empresas Nacionales con fines de lucro ☐	Empresas extranjeras que operan en Honduras ☐
	Escuelas Públicas ☐	Instituciones sin Fines de Lucro ☐	Cooperativas ☐
	Embajadas ☐	Empresas del Estado ☐	
Departamento y/o países en que opera			
Dirección de la oficina principal de la persona jurídica			
País	Departamento	Municipio	Barrio o colonia
No. Casa/ lote	Calle(s)	Avenida(s)	Teléfono de la empresa
Correo electrónico			
III. VIGENCIA DE LA PÓLIZA			
Desde	Día - Mes- Año	al medio día	Hasta Día - Mes - Año al medio día
IV. MONEDA			
Moneda en que se emitirá la póliza:	Lempiras ☐	Dólares estadounidenses ☐	
V. INFORMACIÓN DE CESIONARIO			
El seguro derivado de esta solicitud, será cesionado?		SI ☐	NO ☐
A Favor de _____		Hasta por _____	
VI. INFORMACIÓN DE OTROS SEGUROS			
¿Tiene otros seguros con la compañía?		¿Qué tipo de seguro?	
SI ☐ NO ☐			
¿Con cuál otra compañía tiene o tenía seguros?		¿Qué tipo de seguro?	
VII. ENTREGA DE CORRESPONDENCIA			
Dirección de residencia del contratante / asegurado ☐	Dirección laboral del contratante / asegurado ☐	Dirección de la oficina principal de la persona jurídica ☐	Correo electrónico ☐

B. DATOS DEL RIESGO	
¿Estuvo asegurado anteriormente el equipo?	Si ☐ No ☐
En caso afirmativo; indicar ¿sobre qué equipo y en qué compañía?	
Información sobre la adquisición del equipo	
Equipo propio ☐ Nombre del propietario	
Equipo arrendado ☐ Nombre del arrendador	
Nombre del beneficiario	

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 la maquinaria están expuestos de alguna forma extraordinaria a los siguientes riesgos especiales					
Incendio, explosión	☐	Terremoto, volcanismo, maremoto	☐	Labores subterráneas	☐
Huracán / ciclón	☐	Avenida, inundación	☐	Labores en montañas	☐
Derrumbes	☐	Uso de explosivos	☐	Otro	☐
Especificar:					
Desea que la cobertura incluya gastos adicionales para:					
Horas extras, trabajo nocturno, trabajo en días festivos					Si ☐ No ☐
Indicar límite de indemnización para dichos gastos					
¿Desea asegurar el transporte dentro del país?					Si ☐ No ☐
En caso afirmativo; indicar ¿sobre qué equipo y en qué compañía?					
Valor máximo por cada medio de transporte					
Proporcionar detalles con respecto a los siniestros					
Fecha del siniestro	Maquinaria y/o Equipo		Monto Indemnizado	Causa del siniestro	
Desglose del equipo y maquinaria por asegurar (describir completa y exactamente todas las máquinas)					
Tipo y número de serie	Capacidad	Año del equipo	Valor de reposición a nuevo (*)	Ubicación	
Total suma asegurada				(Indicar tipo de moneda)	
(*) Indicar los costes actuales de reposición de la máquina por una nueva de mismo tipo y capacidad (incluido el aceite de transformadores e interruptores) más fletes, derechos aduaneros, gastos de montaje.					
Observaciones					

C· DETALLE DE COBERTURA

Ofrece la cobertura a equipos fijos, semifijos, maquinaria autopropulsada (que no cuente con placas de circulación) o remolcada, para protegerlos de los riesgos expuestos durante su uso en proyectos de construcción y /o montaje de maquinaria; contra pérdidas o daños que sufran dichos equipos mientras se encuentren dentro del sitio asegurado o dentro del área geográfica especificada, a consecuencia de un siniestro accidental, súbito e imprevisto originado por cualquier causa que fuera.

I. PRIMAS Y DEDUCCIONES

Prima Comercial	
Otros recargos	
Subtotal prima	
Gastos de Emisión	
Impuesto	
Prima Anual Total de Seguro	

II. FORMA DE PAGO DE PRIMA

Contado ☐ Pago fraccionado ☐

No. Pagos _____ Primer pago de _____ Pagos de _____

No obstante a la forma de pago arriba descrita de la prima anual total de seguro, la compañía se reserva el derecho de exigir al asegurado el pago del saldo pendiente al ocurrir un siniestro total o parcial.

D. DECLARACIÓN Y ACEPTACIÓN DE CONDICIONES

Declaro expresamente que:

1. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro de los marcos legales y los recursos que poseo, no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el código penal hondureño.

2. Este formulario únicamente constituye una solicitud de seguros y no representa garantía de que la misma será aceptada por MAPFRE; ni que la misma, en todo caso, será aceptada en los mismos términos solicitados.

3. La información que he suministrado en esta solicitud es veraz y verificable y puede ser confirmada en cualquier momento por esta compañía.

4. Toda la información anterior, ha sido escrita o dictada por mi, de acuerdo con mi leal saber y entender, y que la misma es la base para que MAPFRE emita la cobertura de seguro solicitado. Así mismo, libero a MAPFRE de toda responsabilidad sobre la cobertura otorgada, en caso de omisiones o declaraciones falsas o inexactas sobre hechos conocidos por mi, que de haber sido debidamente conocidos por MAPFRE hubieran podido influir de modo determinante para que la cobertura solicitada no se suscribiera, o se hubiera suscrito en condiciones distintas.

5. Queda debidamente entendido y aceptado por parte de MAPFRE que el uso de la información obtenida con motivo de esta autorización, esta circunscrito estrictamente al proceso de análisis para suscribir o denegar la cobertura solicitada, y el trámite posterior de reclamaciones de derecho si la misma fuera otorgada; por tanto, únicamente podrá ser recopilada, consultada y utilizada por suscriptores de riesgo o analistas de reclamos de MAPFRE, en razón de su naturaleza, MAPFRE deberá garantizar la debida custodia, confidencialidad absoluta y el buen uso de esta información.

6. Acepto el hecho que, de demostrarse falso testimonio en la información aquí presentada, MAPFRE Seguros Honduras, S.A. está facultada a dar por terminado el Contrato de Seguro según se indica en el artículo 1141 del Código de Comercio, sin que esto implique responsabilidad alguna para MAPFRE frente al asegurado.

7. Manifiesto que he leído toda la solicitud y las condiciones generales de la póliza a través de mi agente de seguros, las cuales formarán parte integral del contrato y que he tomado conocimiento de mi derecho a decidir sobre la contratación del seguro y a la libre elección de la institución aseguradora y estoy de acuerdo con ella.

E. FIRMAS

Firmado en la ciudad de _____, a los _____ día(s) del mes de _____ del año _____

Firma del contratante

Firma del agente