

SEGURO PARA EQUIPO ELECTRÓNICO 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 <input type="checkbox"/>			
De 0 - 3	De 4 - 6	De 7 - 10	De 11 - 20 De 21- 50 De 50 en adelante <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
	¿Cuál?		
Tipo de Empresa			
Según la composición de capital	Pública <input type="checkbox"/>	Privada <input type="checkbox"/>	Mixta <input type="checkbox"/>
Según la actividad económica	Industrial <input type="checkbox"/>	Comercial <input type="checkbox"/>	Transporte <input type="checkbox"/>
	Construcción <input type="checkbox"/>	Agrícola <input type="checkbox"/>	Civil <input type="checkbox"/>
	Servicio Financieros <input type="checkbox"/>		
Según la forma jurídica	APNFD <input type="checkbox"/>	Empresas Nacionales con fines de lucro <input type="checkbox"/>	Empresas extranjeras que operan en Honduras <input type="checkbox"/>
	Escuelas Públicas <input type="checkbox"/>	Instituciones sin Fines de Lucro <input type="checkbox"/>	Cooperativas <input type="checkbox"/>
	Embajadas <input type="checkbox"/>	Empresas del Estado <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/>	Dólares estadounidenses <input type="checkbox"/>	
V. INFORMACIÓN DE CESIONARIO			
El seguro derivado de esta solicitud, será cesionado? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
A Favor de _____		Hasta por _____	
VI. INFORMACIÓN DE OTROS SEGUROS			
¿Tiene otros seguros con la compañía?		¿Qué tipo de seguro?	
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
¿Con cuál otra compañía tiene o tenía seguros?		¿Qué tipo de seguro?	
VII. ENTREGA DE CORRESPONDENCIA			
Dirección de residencia del contratante / asegurado <input type="checkbox"/>	Dirección laboral del contratante / asegurado <input type="checkbox"/>	Dirección de la oficina principal de la persona jurídica <input type="checkbox"/>	Correo electrónico <input type="checkbox"/>

B. DATOS DEL RIESGO			
Descripción exacta de la(s) actividad(es) o giro del asegurado			
Ubicación de los bienes por asegurar (en caso de varias ubicaciones anexar listado completando los datos descritos)			
País	Ciudad	Departamento	Municipio
Barrio o colonia	No. Casa/ lote	Calle(s)	Avenida(s)

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros, según Resolución Registro POL GPU No.93/24-11-2021.

Información sobre la adquisición del equipo electrónico					
Equipo propio	<input type="checkbox"/>	Nombre del propietario			
Equipo arrendado	<input type="checkbox"/>	Nombre del arrendador			
		Nombre del beneficiario			
¿El equipo ha sido instalado, de acuerdo a las especificaciones del fabricante o suministrado? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
En caso de respuesta afirmativa (Acompañar constancia)					
En caso de respuesta negativa (Indicar razones)					
¿El personal cuenta con capacitación y adiestramiento del distribuidor? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
En caso de respuesta negativa (Especificar)					
Descripción del edificio que contiene el equipo electrónico					
Tipo de material de las paredes					
Tipo de material de los techos					
Tipo de material del cielo falso					
Número de pisos					
¿Existen divisiones de madera?		Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		
Medidas de protección y seguridad					
1.Detectores de Humo	<input type="checkbox"/>	4.Rociadores automáticos	<input type="checkbox"/>	8.Rótulos de No Fumar	<input type="checkbox"/>
2.Extintores de agua	<input type="checkbox"/>	5.Hidrantes	<input type="checkbox"/>	9.Rótulos de Acceso Restringido	<input type="checkbox"/>
3.Extintores(indicar Tipo)	<input type="checkbox"/>	6.Alarmas	<input type="checkbox"/>		
		7.Vigilancia	<input type="checkbox"/>	10.Otros Especifique	
Nombre de la empresa que brinda servicio de seguridad y mantenimiento					
Indicar coberturas adicionales que requiere para el seguro					
Huelga y Motín	<input type="checkbox"/>	Tifón, Ciclón Huracán	<input type="checkbox"/>	Flete Aéreo	<input type="checkbox"/>
Terremoto y Actividad Sísmica	<input type="checkbox"/>	Equipo Móvil y Portátil	<input type="checkbox"/>	Gastos Extraordinarios	<input type="checkbox"/>
Otros (Especifique)					
Proporcionar historial de siniestros (últimos 5 años)					
Fecha del evento		Monto indemnizado		Causa del siniestro	
Descripción del equipo y maquinaria por asegurar (valor de reposición a nuevo)					
No.	Nombre del equipo	Tipo y No. de serie	Capacidad	Año	Suma asegurada
Observaciones					

C. DETALLE DE COBERTURAS

1. Mal manejo, negligencia o malevolencia por parte de empleados u otros.
2. Robo e intento de robo, incluyendo daños que sufran los bienes por éste riesgo.
3. Defectos o desperfectos en diseño y material
4. Cortocircuito, exceso de voltaje, inducción
5. Incendio, rayo y explosión de cualquier tipo (incluso daño causado por extinción de incendio y operaciones de salvamento).
6. Quemaduras superficiales y carbonización, humo, hollín
7. Fuerzas de la naturaleza, como tempestad, inundación, granizo, corrimiento de tierra, a excepción de peligros sísmicos.
8. Cualquier influencia de agua y humedad, así como la corrosión resultante

I. PRIMAS

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