

SEGURO DE ROTURA DE MAQUINARIA
SOLICITUD DE SEGURO

Tipo de Persona: Natural Jurídica Comerciante Individual

Para Uso Exclusivo de la Aseguradora

Tipo Relación/Rol:

☐ Contratante

☐ Afianzado

☐ Asegurado

☐ Acreedor

☐ Reasegurador

☐ Intermediario

☐ Beneficiario

☐ Apoderado

☐ Proveedor

☐ Corredor de Reaseguro

☐ Otro.

ID Cliente

Categoría Riesgo

Cliente:

☐ Nuevo

☐ Existente

ID Acreedor

Categoría Riesgo

Cliente:

☐ Nuevo

☐ Existente

No. Trámite

No. Oferta

No. Póliza

1. Datos Personales del Asegurado o del Representante Legal

Apellidos

Nombres

Fecha Nacimiento

Edad

Lugar de Nacimiento

Sexo:

☐ Femenino

☐ Masculino

Estado Civil:

Soltero (a)

Casado (a)

Divorciado (a)

Viudo (a)

No. Identificación

No. R.T.N.

Tipo Identificación:

Cédula

Pasaporte

Residencia

No. Seguro Social

Ocupación

1ra. Nacionalidad

Profesión

2da. Nacionalidad

¿Se ha desempeñado como funcionario público en un puesto con poder de decisión o con acceso a recursos públicos?

Si

No

Ocupación PEP'S

Nombre Institución

¿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 repuesta es si: Nombre

Identificación

Dirección de Domicilio

Barrio / Colonia

Avenida

Calle

Bloque No.

Casa / Edificio No.

Municipio

Departamento

País

Otras referencias de la dirección

Contacto Directo con el (la) Solicitante del Seguro

Tel. Casa

Correo Personal

Celular

Forma de Contacto:

☐ Tel. Casa

Celular

☐ Correo electrónico

Autoriza a Seguros LAFISE a enviar información a mi correo electrónico?

Si

No

Datos del Cónyuge

Apellidos

Nombres

Teléfono Casa

No. Identificación

Celular

Correo Electrónico

Ocupación Actual

Profesión

¿Trabaja?

Si

No

Lugar de Trabajo

Teléfono

Dirección de Trabajo

Datos laborales (Actividad Económica)

Nombre Empresa

Tipo de Actividad

Explicar

Ámbito de Negocio

Origen de Fondos

Cargo o Posición

Fecha Ingreso

Dirección del Trabajo de asegurado o Representante Legal

Barrio / Colonia

Avenida

Calle

Bloque No.

Casa/Edificio No.

Municipio

Departamento

País

Tel. Empresa

Correo Electrónico Trabajo

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

Actividad:

Ama de Casa

Asalariado

Comerciante Individual

Pensionado

Negocio Propio

Estudiante

Jubilado

Renta de Bienes

Socio

Otra

Origen de Fondos:

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

Nombres

No. Identificación

Tipo de Dependencia

Tutor

Representante Legal

Tipo Identificación:

Cédula

Pasparte

Residencia

Origen de Ingresos

Actividad Económica

Ocupación

2. Datos Generales de Persona Jurídica

Denominación Social

Nombre Comercial

Registro Mercantil

Matrícula 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 ____		
			Total Acciones	

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. Ubicación de la maquinaria a asegurar				
Si es el mismo domicilio del asegurado, marque aquí: ☐ Sino, llene lo siguiente:				
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	
Elaborar croquis del bien o bienes a asegurar				
7. Descripcion de la maquinaria				
Marca:		Serie:		Tipo:
Motor:		Año Fabricacion:		Forma de Adquisición:
				Nueva ☐ Usada ☐
Combustible				
8. COBERTURA				
No	Descripcion			Suma Propuesto (L ó \$)
	La Aseguradora, asume el riesgo de la pérdida(s) y/o daño(s) directo e inmediato que sufran los bienes – Maquinaria - asegurados por causa directa de los riesgos amparados bajo la cobertura única básica “A” que adelante se detalla, siempre y cuando hayan sido incluidas y aceptadas en esta póliza de conformidad con lo estipulado en las Condiciones Particulares. Cobertura “A” – Daño Directo para Maquinaria. 1. La Aseguradora amparará todo daño directo que sufra la maquinaria asegurada, a causa de riesgos que no estén expresamente excluidos en el contrato y se haya pagado la prima que acredita la protección para la vigencia del seguro, siempre que dichos daños sucedan de forma accidental, súbita e imprevista y que hagan necesaria una reparación o reposición. Dentro de los riesgos, se citan:			
	a) Impericia, negligencia y actos malintencionados individuales del per-sonal del Asegurado o de extraños.			
	b)La acción directa de la energía eléctrica como resultado de cortocircuitos, arcos voltaicos y otros efectos similares, así como los debidos a perturbaciones eléctricas consecuentes a la caída del rayo en las pro-ximidades de la instalación.			
	c)Errores de diseño, cálculo o montaje, defectos de fundición, de material de construcción, de mano de obra y empleo de materiales defectuosos, que se detecten en operación, una vez terminado el periodo de prueba.			
	d)Falta de agua en calderas y otros aparatos productores de vapor.			
	e)Fuerza centrífuga, pero solamente la pérdida o daño sufrido por desgarramiento en la máquina misma.			
	f)Cuerpos extraños que se introduzcan en los bienes asegurados o los golpeen.			
	g)Defectos de engrase, aflojamiento de piezas, esfuerzos anormales, fatiga molecular y sobre calentamiento.			
	h)Fallo en los dispositivos de regulación.			
	i)Tempestad, granizo, helada y deshielo.			
	2.El seguro ampara la maquinaria únicamente dentro de los predios o zonas de riesgo declaradas.			
	3.La maquinaria estará asegurada aunque no sean propiedad del Asegurado mencionado en las Condiciones Particulares; pero solo mientras éste tenga un interés asegurable sobre tales bienes, actuando en nombre y por cuenta del propietario.			
	4.La maquinaria se cubrirá siempre y cuando esté lista para usarse, entendiendo como tal que pueda realizar el trabajo para el cual fue diseñada y construida y después de que se haya finalizado el montaje, instalación, pruebas si carga en frío y, en tanto estén previstas, las pruebas de operaciones con carga en caliente.			
	5.Se ampararán también los daños cuando la maquinaria este siendo transportada dentro del predio del seguro sea para mantenimiento o para ser reubicada dentro del mismo y durante la realización de esas labores, siempre y cuando el diseño y la fabricación de la misma así lo permitan y se haya especificado en la póliza tal condición.			
	6.Cuando se trata de equipo eléctrico, se considera automáticamente asegurados el fluido dieléctrico de transformadores e interruptores y el mercurio de rectificadores.			
	7.Se incluye para todos los bienes asegurados aunque no se especifiquen, los equipos auxiliares (tableros, interruptores, motores, bombas, compresores entre otros), líneas y tuberías que le son propios a cada máquina y siempre y cuando los mismos estén integrados a la misma máquina o a la estructura que le da soporte o a la cimentación de la misma y/o si le dan servicio exclusivo a la misma.			
	Total			
9. Detalle de Sumas Aseguradas				
	Detalle	Suma Propuesta (L ó \$)	Tasa %	Valor de Prima (L ó \$)
1				
2				
3				
4				
			Prima Neta	
			ISV	
			Gastos Emision	
			Prima Total	
10. Deducible				
11. Informacion Adicional				
¿Existió ya un seguro anterior de Rotura de Maquinaria? Si ☐ No ☐				
En caso afirmativo, ¿Para que posiciones de la relación de maquinaria y en que compañías?				

¿Desea Usted asegurar las bancadas de la maquinaria? Si ☐ No ☐

En caso afirmativo, ¿Especifique las posiciones correspondientes de la relación dela maquinaria?

¿Comprende la relación de maquinaria todas las maquinarias que pueden ampararse bajo un seguro de rotura de maquinaria? Si ☐ No ☐

En caso negativo, ¿Representa la maquinaria por asegurar toda aquella maquinaria que puede ser amparada dentro de una sola sección de la planta?

Si ☐ No ☐

¿Desea usted que la cobertura incluya gastos adicionales para flete por expreso, horas extras de trabajo, trabajo nocturno, trabajo en días festivos?

Si ☐ No ☐

¿Flete aéreo? Si ☐ No ☐ Limite de indemnización para flete aéreo L. o \$ _____

Estación Ferroviaria (Aeropuerto mas próximo)

Datos relativos a una deseada ampliación especial y adicional de la cobertura

Tiene otros seguros con esta Compañía

Si☐

No☐

En que otra Compañía de seguros tiene o ha tenido este tipo de seguro

Siniestros ocurridos en los ultimos tres (3) años

12. Detalle de prima del seguro y convenio de pagos

Descripción	Monto de Prima	Convenio de pagos
Prima Neta		No. De pagos Frecuencia de Pago
Impuesto Sobre Ventas		
Gastos de Emisión		Primer pago de y Pagos de
Prima total		

No obstante el convenio de pagos especiales arriba indicado, la Aseguradora se reserva el derecho de exigir al Asegurado el pago total del saldo pendiente al ocurrir un siniestro total o parcial, amparado conforme las Condiciones Generales de la Póliza.

13. Beneficiarios de la Póliza

Nombre del Beneficiario	No. Identificación	Parentesco	Porcentaje
1)			
2)			
3)			
4)			
5)			
Total Designado			

14. Vigencia del Seguro:

Desde: / / a las 12:00 del mediodía

Hasta: / / a las 12:00 del mediodía

Día

Mes

Año

Día

Mes

Año

Agravación del Riesgo:

El Asegurado deberá comunicar a La Aseguradora las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las veinticuatro horas (24) horas siguientes al momento en que las conozca, a efecto de que ésta fije la sobreprima que pueda resultar en caso de aceptación del riesgo agravado. Si el Asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de La Compañía en lo sucesivo, responsabilidad que concluirá quince (15) días después de comunicar tal decisión al Asegurado.

El Seguro entrará en vigor al ser aprobada y emitida esta solicitud por Seguros Lafise Honduras, S.A.

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. La información que he suministrado en esta solicitud es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente.

3. Acepto el hecho que de demostrarse falso testimonio de la información aquí presentada, la Compañía de Seguros está facultada a dar por terminado la relación según se indica en el artículo 1141 del Código de Comercio, sin que esto implique responsabilidad alguna de la Aseguradora frente al asegurado.

4. Hago constar que conozco, doy fe de haber leído, entendido y que por tanto acepto todas y cada una de las condiciones generales y especiales que forman parte de la póliza.

Autorizo a Seguros Lafise Honduras, Sociedad Anónima (Seguros Lafise, S.A.) para verificar, por cualquier medio legal, toda la información que he proveído para efectos de las relaciones o seguros que sustentan esta solicitud.

COMO CONSTANCIA DE HABER LEIDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACION QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO LA PRESENTE SOLICITUD.

Lugar y Fecha:

Firma del Solicitante o Del Representante Legal:

Nombre del Intermediario:

% De Comisión:

No. Registro CNBS:

Firma del Intermediario:

Nombre del Sub Agente:

Nombre del Promotor:

Mercado:

Revisado por:

Fecha de Revisión:

Aprobado por:

Fecha de Aprobación:

Observaciones:

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución POL GPU No. 117/04-12-2020

Página No. 5