

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 <input type="checkbox"/>	
Carnet de residencia <input type="checkbox"/>		Pasaporte <input type="checkbox"/>		No. de documento	
Fecha de vencimiento del documento		Día		Mes	
Año		Edad		Sexo <input type="checkbox"/>	
RTN contratante natural o representante legal		Lugar de nacimiento		Fecha de nacimiento	
Día		Mes		Año	
M		F		Nacionalidad	
1		2		7	
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		No		(Si aplica) Cargo:	
(Si aplica) Instituciones:		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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Nombre completo de la persona que representa		Su relación		No. de identidad de la persona que representa	
¿Depende económicamente de otra persona? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Si la respuesta es Si indicar:		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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			Si la respuesta es Si indicar que actividad APNFD realiza:				
APNFD = Actividades y Profesiones No Financieras Designadas							
¿Cliente es Contratista del Estado? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Cliente es ONG/OSFL? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		ONG = Organismo No Gubernamental OSFL = Organización Sin Fines de Lucro			

II. Dirección de Residencia del Contratante o Representante Legal Dirección 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 Empresa Dirección 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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿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:		

En caso de necesitar incluir más beneficiarios solicite hojas para anexarlos

B. ESPECIFICACIONES DEL RIESGO**I. Suma asegurada por ubicación**

Descripción	Ubicación	Suma Asegurada

II. ¿Existió ya un seguro anterior de rotura de maquinaria?

Si <input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, ¿Para qué posiciones de la relación de maquinaria y en que compañía?
No <input type="checkbox"/>	

III. ¿Desea usted asegurar las bancadas de la maquinaria?

Si <input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, especificar las correspondientes de la relación de la maquinaria.
No <input type="checkbox"/>	

IV. ¿Comprende la relación de maquinaria todas las maquinas que pueden ampararse bajo un seguro de rotura de maquinaria?

Si <input type="checkbox"/>	En caso negativo, ¿Representa la maquinaria por asegurar toda aquella maquinaria que puede ser amparada dentro de una sola planta?	Si <input type="checkbox"/>
No <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>

V. Cobertura de gastos adicionales

Desea usted que la cobertura incluya gastos adicionales para: Si No

Fletes por expreso, horas de trabajo, trabajo nocturno, trabajo en días festivos Flete aéreo

Límite de indemnización para flete aéreo: Otras coberturas amparadas mediante convenio expreso, conforme lo establecido en la Cláusula No. 1 Cobertura de las Condiciones Generales

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

--

VII. Riesgos cubiertos

Riesgo	Amparo	Deducibles
Impericia, descuido y sabotaje individual del extraño y del personal al servicio del asegurado.		
La acción directa de la energía eléctrica como resultado de corto circuitos, arcos voltaicos y otros efectos similares, así como la acción indirecta de la energía estática.		
Errores en: Diseño, defectos en construcción, fundición y usos materiales defectuosos.		
Falta de agua en calderas y otros aparatos productores de vapor.		
Fuerza centrífuga, pero solamente la pérdida o daño sufrido por desgarramiento en la máquina misma		
Cuerpos extraños que se introduzcan en los bienes asegurados.		

Defectos de engrase, aflojamiento de piezas, esfuerzos anormales y auto calentamiento		
Fallos en los dispositivos de regulación		
Tempestad, granizo, helada y deshielo.		

Observaciones

--

VIII. Favor proporcionar detalles con respecto a los siniestros

Fecha del Siniestro	Maquinaria y/o Equipo	Monto (Incluyendo el deducible)	Causa del Siniestro

IX. Desglose de prima, número y medio de pago

Prima Neta		
Impuesto sobre venta 15%		
Derecho de emisión de la póliza		
Prima Total		
Número de Pagos:	Primer Pago:	Pagos:
Autorizo débito a mi tarjeta de crédito No.		Compañía
Autorizo débito a mi cuenta bancaria No.	Cheques <input type="checkbox"/>	Ahorro <input type="checkbox"/> Banco:

Las declaraciones inexactas y las reticencias del contratante, relativas a circunstancias tales que el Asegurador no habría dado su consentimiento o no la habría dado en las mismas condiciones si hubiese conocido el verdadero estado de las cosas, serán causas de anulación del contrato, cuando el contratante haya obrado con dolo o culpa grave. Artículo No.1141 del Código de Comercio Vigente. Asimismo el Tomador de 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 garantizo/amos 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 solo será responsable en concordancia con 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.

X. Firmas

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

Lugar y Fecha:

Nombre del Solicitante	Firma del Solicitante	Código y Firma del Intermediario

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

Favor adjuntar a esta solicitud copia de la siguiente documentación:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Registro Tributario Nacional (RTN) | <input type="checkbox"/> RTN del apoderado legal |
| <input type="checkbox"/> Permiso de Operación | <input type="checkbox"/> Carta poder del representante legal |
| <input type="checkbox"/> Acta constitutiva o escritura debidamente inscrita | <input type="checkbox"/> Formato para detallar beneficiarios finales de Personas Jurídicas |
| <input type="checkbox"/> Identidad el apoderado legal | <input type="checkbox"/> Copia de las identidades de los accionistas |

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:
--