

**SOLICITUD DE SEGURO DE
ROTURA DE MAQUINARIA**
I. DATOS DEL ASEGURADO PERSONA NATURAL O REPRESENTANTE LEGAL DEL CONTRATANTE

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido de casada
Lugar de Nacimiento:		Fecha de Nacimiento Día: Mes: Año:		Nacionalidad:
Tipo de identificación Tarjeta de identidad <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Carné de residente <input type="checkbox"/>		Número de identidad		Numero de RTN:
Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Estado Civil S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> U.L. <input type="checkbox"/>		Nombre completo del cónyuge o Pareja:
Dirección completa de residencia incluyendo Departamento y Municipio:				
Teléfono de Residencia:		Teléfono Celular:		Fax No.:
Correo electrónico:			Profesión, ocupación, oficio o actividad económica:	
Nombre y Giro del Negocio (Si aplica):				
Nombre de la empresa donde labora:		Posición /Cargo que desempeña:		Tiempo de laborar en la empresa:
Dirección completa de la empresa donde labora incluyendo Departamento y Municipio:				
Teléfono del trabajo:		Fax No.:		Correo electrónico:
Sitio web:				
Especificar detalladamente la fuente de ingreso y/o origen de los recursos:		Nivel aproximado de Ingreso según el Salario Mínimo mensual vigente (SMMV) en Lps.:		
		De 0-10,000.00 <input type="checkbox"/> De 10,000.01-15,000.00 <input type="checkbox"/> De 15,000.01-30,000.00 <input type="checkbox"/> De 30,000.01-40,000.00 <input type="checkbox"/> De 40,000.01-80,000.00 <input type="checkbox"/> De 80,000.01-100,000.00 <input type="checkbox"/> De 100,000.01 en Adelante <input type="checkbox"/>		
Ha Desempeñado un Cargo Público en los últimos cuatro (4) años? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Nombre de la Institución?				
Realiza usted Actividades y Profesionales No Financieras Designadas (APNFD)? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si su respuesta es Si entregar constancia de la CNBS.				
Actúa usted por cuenta propia? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si su respuesta es No en Nombre de quién?				

II. INFORMACIÓN DE LA PERSONA JURÍDICA CONTRATANTE

Razón o Denominación Social:		Nombre Comercial:		No. R.T.N.
Dirección de la Oficina Principal incluyendo Departamento, Municipio/Ciudad:				
Número de Teléfono	Número de Fax	Correo electrónico	Fecha de Constitución:	
Objeto social y/o actividad económica:				
Departamentos y/o Países donde opera el negocio:				
La empresa realiza Actividades y Profesionales No Financieras Designadas (APNFD)? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si su respuesta es Si entregar constancia de la CNBS.				
Detalle de la estructura de Propiedad y Control de la sociedad; describa quienes son los socios, accionistas o propietarios y sus porcentajes de Participación:				
	Nombre Completo	Numero de Identidad	% Participación	
1.				
2.				
3.				



Continúa.....Detalle de la estructura de Propiedad y Control de la sociedad; describa quienes son los socios, accionistas o propietarios y sus porcentajes de Participación:

	Nombre Completo	Numero de Identidad	% Participación
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			

Favor Detallar dos referencias bancarias o comerciales 1: _____ 2: _____

Monto aproximado Anual de: Total de Activos: _____ Total de Ventas: _____ Ingresos Anuales: _____

Indicar si forma parte de un Grupo Financiero o económico? Sí No Detallar a cual pertenece: _____

Detalle al menos dos Proveedores Principales 1: _____ 2: _____

Especificar detalladamente la fuente de ingresos de la persona Jurídica: _____

III.- DIRECCIÓN DE COBRO

 Los cobros se realizaran en: Domicilio Lugar de trabajo

Barrio o Colonia	Calle o Avenida	Bloque
Casa No.	Ciudad o Municipio	Departamento
Otra Referencia		
Teléfono	Fax No.	E-Mail
		Apdo. Postal

IV.- UBICACIÓN DE LOS BIENES POR ASEGURAR Si es la misma de arriba marque aquí Si no es la misma llene el siguiente cuadro

Barrio o Colonia	Calle o Avenida	Bloque
Casa No.	Ciudad o Municipio	Departamento
Teléfono	Fax No.	E-Mail
		Apdo. Postal
Ocupación de los Bienes a Asegurar		

V.- VIGENCIA

 Duración: _____ Desde _____ / _____ / _____ a las 12.00 m Hasta: _____ / _____ / _____ a las 12:00 m.
Día Mes Año

VI.- BENEFICIARIOS O ACREEDORES (anotar nombre completo, en letra molde)	Hasta por la suma
Nombre o Razón Social	Préstamo otorgado a :



VII.- DETALLE DE LA MAQUINARIA A ASEGURAR

NO.	DESCRIPCIÓN DE LAS MÁQUINAS (FABRICANTE, TIPO, NÚMERO DE SERIE Y CAPACIDAD)	AÑO DE CONSTRUCCIÓN	EXPOSICIÓN A RIESGOS ESPECIALES (INDICAR LOS RIESGOS MENCIONADOS BAJO LA PREGUNTA)	VALOR DE REPOSICIÓN: INDICAR LOS COSTOS ACTUALES DE REPOSICIÓN DE LA MAQUINARIA POR UNA NUEVA DEL MISMO TIPO Y CAPACIDAD (INCLUIDO EL ACEITE DE TRANSFORMADORES E INTERRUPTORES), FLETES, ARANCELES, GASTOS DE MONTAJE.

SUMA ASEGURADA TOTAL _____

VIII.- INFORMACION ADICIONAL DE LA MAQUINARIA

f) Desea asegurar las bancadas de la maquinaria? Si No
 En caso afirmativo indicar los numerales correspondientes según la especificación de la maquinaria por asegurar

g) Comprende la maquinaria por asegurar todas las máquinas 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

h) ¿Desea que la cobertura incluya gastos adicionales para fletes por expreso, horas extras de trabajo, trabajo nocturno, trabajo en días festivos?
 Si No flete aéreo Si No Límite de indemnización para flete aéreo: _____

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

IX.- COBERTURAS

Descripción de Cobertura: La Compañía asegura, sujeto a los términos, cláusulas y condiciones contenidas en la presente Póliza, la maquinaria especificada en las Condiciones Particulares contra los daños ocurridos a la misma durante la vigencia del seguro, siempre que dichos daños sucedan de forma accidental, súbita e imprevista y que hagan necesaria una reparación o reposición y que sean consecuencia directa de cualquiera de los riesgos cubiertos:	AMPARADO/EXCLUIDO
a) Impericia, negligencia y actos malintencionados individuales del personal 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 proximidades 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.	
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 y auto calentamiento.	
h) Fallo en los dispositivos de regulación.	
i) Tempestad, granizo, helada y deshielo.	
j) Cualquier otra causa no excluida expresamente en ésta Póliza.	



IX.- RESUMEN DE PRIMAS

 MONEDA: LPS

 U\$S

No.	Detalle	Suma Asegurada	Tasa	Prima Neta
1				
2				
La tasa de Conversión que se utilizo fue de:		Prima Neta		
		Impuesto		
		Gastos de Emisión		
Forma de Pago:		PRIMA TOTAL		

X.- INFORMACION ADICIONAL

a) Mantiene pólizas suscritas con esta u otra(s) aseguradora(s)?, (especifique: nombre de la aseguradora, tipo de seguro, suma asegurada)

b) Los bienes aquí descritos están o han estado asegurados con otra compañía de seguros? SI NO
 Cuando?, Suma Asegurada?, Con qué Compañía

c) Le han rechazado, cancelado o aceptado algún seguro bajo condiciones especiales? SI NO

Explique:

d) Ha tenido algún siniestro en los últimos 3 años? SI NO A cuanto ascendió la pérdida?,
 Causas? Se han hecho cambios en el inmueble después del siniestro? SI NO Cuáles?

Por la presente declaramos que todo lo expuesto por nosotros en el Cuestionario y Solicitud está completo y concuerda con la verdad según nuestro leal saber y entender, y por la presente estamos de acuerdo con que este Cuestionario y Solicitud constituya la base y forme parte de la póliza extendida en relación con el riesgo mencionado arriba. Queda estipulado que el asegurador sólo será responsable en concordancia con los términos de la póliza y que el asegurado no presentará ninguna otra reclamación de la naturaleza que fuere. El asegurador tratará esta información con estricta confidencia.- Autorizo a Seguros del País, S.A., a poder ingresar a la Central de Riesgo de la Comisión Nacional de Bancos y Seguros y a las demás centrales de riesgos del País, cuando lo estime conveniente para corroborar la información brindada. Así mismo declaro que he recibido una copia fiel de las condiciones generales de este seguro, las cuales declaro conocer.

Lugar y Fecha:

 Nombre del Solicitante o
 Representante legal según escritura o
 Poder de Representación

 Firma del Solicitante o Representante
 legal según escritura o Poder de
 Representación

Nombre del Intermediario	Código del Intermediario	Zona	% de Comisión	Oficial

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No. 28/28-02-2020

