

SEGURO DE ROTURA DE MAQUINARIA

SOLICITUD DE SEGURO

A) DATOS DEL ASEGURADO O REPRESENTANTE LEGAL

Nombre Completo (según Identificación)					
Lugar de Nacimiento	Fecha de Nacimiento Día Mes Año		Sexo M ☐ F ☐	Nacionalidad 1	Nacionalidad 2
Número de Identificación	Tipo de Identificación Tarjeta de Identidad ☐ Pasaporte ☐ Carnet de Residente ☐			No. de RTN	
Correo electrónico		Estado Civil		Nombre del conyuge (si aplica)	
Dirección completa de residencia actual				Municipio actual	Departamento actual
				Teléfono de residencia	Número de celular
Profesión,oficio o actividad económica	Nombre de la empresa donde labora			Posición o cargo que desempeña	
Tiempo de laborar en la empresa		Nombre del negocio (si es propietario)		Giro o actividad economica del Negocio (si aplica)	
Dirección completa de la empresa (calle, avenida, N° local, zona, referencias)			Direccion completa del negocio (si aplica)		
Municipio _____ Departamento _____					
Giro o actividad económica de la empresa		Teléfono de la empresa		Correo electrónico empresarial	
A que se dedica Asalariado ☐ Independiente ☐ Rentista ☐ Si es estudiante indique el nombre de la persona de quien depende económicamente _____					
Socio ☐ Pensionado ☐ Jubilado ☐ Estudiante ☐ Otros ☐ Especifique _____					
Cuantos salarios mínimos representa su ingreso mensual?		¿Recibe ingresos diferentes a su actividad economica ? SI ☐ NO ☐		¿Realiza transacciones en moneda extranjera?	
De 0 - 3 ☐ De 4 - 6 ☐		Si su respuesta es SI detalle: Fuente de ingresos: _____		Tipo de moneda:	
De 7 - 10 ☐ De 11 - 20 ☐		Valor mensual estimado: _____		Dólar ☐ Euro ☐ Otra ☐	
De 21 - 50 ☐ De 50 en adelante ☐					

B) DATOS DE PERSONA JURIDICA

Razón o Denominación Social		Nombre Comercial		Número de RTN	
Dirección completa de la empresa				Municipio	Departamento
Teléfono de la empresa	Sitio Web		Especifique la procedencia de sus fondos	Registro: Asiento ☐ Tomo ☐ Matricula ☐	
				Número:	
Giro o actividad económica de la empresa		País de Constitución		Tiene sucursales? Si ☐ No ☐	
				Donde? _____	

INFORMACION FINANCIERA (marque con una X los valores que correspondan)

Rango de Ingresos y Egresos	Total ingresos anuales	Total egresos anuales	Rango de Activos y Pasivos	Total Activos	Total Pasivos	Detalle el nombre de 2 proveedores principales de la empresa
No tiene			No tiene			1
Menos de L. 20,000.00			Menos de L. 500,000.00			
L.20,000.00 a L. 50,000.00			L.500,000.01 a L. 1 millón			2
L.50,000.01 a L. 100,000.00			L1,000,000.01 a L. 5 millones			
L.100,000.01 a L. 500,000.00			L5,000,000.01 a L.10 millones			Detalle 2 referencias bancarias o comerciales:
L.500,000.01 a L. 1 millón			10,000,000.01 a L.25 millones			1
L. 1,000,000.01 a 10 millones			25,000,000.01 a L.50 millones			
L.10,000,000.00 a 50 millones			50,000,000.01 a L.100 millones			2
Mas de 50 millones			Más de 100 millones			

ESTRUCTURA ACCIONARIA DE LA EMPRESA

Describa nombre de los accionistas y % de participación:	No. de identificacion	Si entre los accionistas de la empresa hay otra empresa describa sus accionistas y % de participación:
1.-		1.-
2.-		2.-
3.-		3.-
4.-		4.-
5.-		5.-
6.-		6.-

C) FATCA

Tributa para el Gobierno de EUA? Si ☐ No ☐	Numero de Identificación Tributario (TIN)/Numero de Seguro Social (SSN) (si aplica) ____ - ____ - _____
--	--

D) PERSONAS EXPUESTA POLITICAMENTE (PEP)

Ha desempeñado algun cargo público en los últimos 4 años? Si ☐ No ☐	Cargo:	Institución:
En caso positivo llenar el formato Adicional de Información (PEP)		

E) OTROS SEGUROS

(Tiene otros seguros para este mismo riesgo)

Sí

☐ No

☐

Si-es "SI" Con cual Compañía

Monto

Le ha sido cancelado un seguro

Sí

☐ No

☐

Motivo de Cancelación

¿Qué tipo de seguro?

F) DATOS DEL BENEFICIARIO PREFERENTE:

Nombre Completo del Beneficiario

Número de Identificación

Participación

G) ESPECIFICACIONES DEL RIESGO

Suma asegurada por ubicación

Descripción	Ubicación	Suma Asegurada

¿Existio ya un seguro anterior de rotura de maquinaria?

SI

☐

NO

☐

En caso afirmativo, ¿Para qué posiciones de la relación de maquinaria y en que compañía?

¿Desea usted asegurar las bancadas de la maquinaria?

En caso afirmativo, especificar las correspondientes de la relación de la maquinaria.

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

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

H) RIESGOS CUBIERTOS

Riesgos Cubiertos:

a. Impericia, negligencia y actos de sabotaje 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 directamente a perturbaciones eléctricas consecuentes a la caída de rayo en las proximidades de la instalación.

c. Errores en diseño, cálculo o montaje, defectos de fundición, de material, de construcción, y uso de materiales defectuosos, después del periodo de garantía del fabricante.

d. Defectos de mano de obra y montaje incorrectos efectuados para el mantenimiento o cuidado de la propiedad.

e. Falta de agua en calderas y otros aparatos productores de vapor que ocasionen daños por sobrecalentamiento de la maquinaria.

f. Rotura por fuerza centrífuga, pero solamente la pérdida o daño sufrido por explosión o desgarramiento, en la máquina misma asegurada.

g. Cuerpos extraños que se introduzcan en los bienes asegurados o los golpeen.

h. Defectos de engrase, aflojamiento de piezas, esfuerzos anormales y autocalentamiento.

i. Fallos en los dispositivos de regulación.

j. Cualquier otra causa no excluida expresamente en las Condiciones Generales y Particulares de esta póliza.

COBERTURAS ADICIONALES: Riesgos y bienes excluidos que mediante aceptación y el convenio expreso de los límites de indemnización, así como el pago de la prima adicional correspondiente, la presente Póliza puede extenderse a solicitud del Asegurado a cubrir lo siguiente:

	AMPARADO	EXCLUIDO
Gastos adicionales o extraordinarios por concepto de horas extras, trabajo nocturno, trabajo en días feriados, flete expreso terrestre y/o marítimo, erogados para acelerar la reparación de los bienes afectados por la realización de alguno de los riesgos cubiertos Flete aéreo. Los gastos por concepto de flete aéreo erogados para acelerar la reparación de los bienes afectados por la realización de alguno de los riesgos cubiertos Maquinaria y equipos bajo tierra Lucro Cesante por Rotura Maquinaria		

Explosión física por daños a los bienes estipulados en las carátula Condiciones Particulares de la póliza, pero con exclusión expresa de daños por incendio, aunque éste sea causado por explosión. Se aclara que, cuando existan otros seguros sobre el mismo riesgo, esta cobertura estará limitada únicamente al bien que provocó la explosión

Observaciones

I) FAVOR PROPORCIONAR DETALLES CON RESPECTO A LOS SINIESTROS

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

J) DESGLOCE DE PRIMA Y FORMA DE PAGO				
Prima Neta				
Impuesto sobre venta				
Derecho de emisión de la póliza				
Prima Total				
Numero de Pagos		Primer Pago		Pagos
Declaro que toda las contestaciones anteriores son exactas, han sido escritas y/o dictadas por mí, personalmente y son completas y verídicas y acepto que sean consideradas como base para la contratación del seguro y/o fianza que solicito, por lo cual, autorizo a Seguros Continental a consultar y reportar, en cualquier tiempo, en las centrales de riesgos públicas o privadas toda la información relevante para conocer mi desempeño como deudor, capacidad de pago y valorar el riesgo futuro de concederme un crédito. Asimismo declaro que he sido enterado y acepto las Condiciones Generales antes descritas, misma que figuran en la póliza y/o fianza solicitada. Origen de fondos y aceptación de clausula. 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. La información que he suministrado en este formato es veraz y verificable y me obligo actualizarla cuando la institución lo solicite; 3. Acepto el hecho que de demostrarse falso testimonio en la información aquí presentada, Seguros Continental SA 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 de la Aseguradora frente al asegurado, 4. Estatus Residencial. En caso de ocurrir algún cambio en mi estatus de país de residencia o ciudadanía me comprometo a notificarlo a la aseguradora.				
LUGAR Y FECHA		FIRMA DEL CLIENTE		FIRMA Y NO.DE AGENTE
K) PARA USO EXCLUSIVO DEL CANAL DE VENTA				
CANAL DE VENTA: INSTITUCION FINANCIERA ☐ NEGOCIOS SEGCON ☐ CORREDURIA ☐ LICITACION ☐ OTROS ☐ (especifique):				
Nombre del asesor y/o correduría que entrevistó	Fecha de entrevista	Fecha entrega área técnica	Firma del entrevistador	Firma Supervisor
Observaciones:				
L) PARA USO EXCLUSIVO DE LA ASEGURADORA				
No° de póliza	Certificado #	Suma Asegurada	Prima Anual	Nombre, firma y sello del oficial que recibe.
Texto Registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL. GPU No.6/03-02-2022.				