



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		Nacionalidad:
Día:		Mes:		Año:
Edad:				
Tipo de identificación			Número de identidad	Numero de RTN:
Tarjeta de identidad <input type="checkbox"/>	Pasaporte <input type="checkbox"/>	Carné de residente <input type="checkbox"/>		
Sexo		Estado Civil		
M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	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 Profesiones 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 Profesiones 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.			

Continua.....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 Día Mes Año

VI.- BENEFICIARIOS O ACREEDORES (anotar nombre completo, en letra molde)

Nombre o Razón Social _____ Préstamo otorgado a : _____ Hasta por la suma de: _____

--	--	--

VII.- SUMA ASEGURADA

NO.	DESCRIPCION 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 Maquinaria _____

¿Desea incluir la Cobertura de Responsabilidad Civil? Si No

Suma asegurada de Responsabilidad Civil _____

VIII.- INFORMACION ADICIONAL DE LA MAQUINARIA

a) ¿Se han adquirido los equipos en estado nuevo? Si No En caso negativo indicar los numerales de la especificación se han adquirido en estado usado:

b) ¿El equipo y la maquinaria a asegurar están parcial o totalmente alquilado? Si No En caso afirmativo indicar nombre y dirección del propietario

c) ¿El equipo y la maquinaria están expuestos en forma extraordinaria a riesgos especiales?

Incendio, explosión	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Labores en montañas	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Inundación, avenida	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Terremotos, volcanismos, maremotos	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Derrumbes	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Labores subterráneas	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Huracán, ciclón	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Otros riesgos?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Uso de explosivos	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

d) ¿Desea que la cobertura incluya gastos adicionales para horas extras de trabajo, trabajo nocturno, trabajo en días festivos

Si No Limite de indemnización estos gastos: _____

e) ¿Desea usted asegurar transporte dentro del país? Si No En caso afirmativo explicar:

Valor máximo por cada medio de transporte: _____

IX.- COBERTURAS

Descripción de Cobertura: La Compañía indemnizará al Asegurado, si durante cualquier momento dentro de la vigencia de la Póliza, los bienes asegurados o cualquier parte de los mismos especificados en las Condiciones Particulares sufrieran una pérdida o daño físico súbito e imprevisto a consecuencia de:	AMPARADO/EXCLUIDO
a) Incendio, impacto de rayo,	
b) Explosión, excepto los daños que por su propia explosión sufran calderas y aparatos que normalmente estén sujetos a presión	
c) Ciclón, tornado, vendaval, huracán, granizo	
d) Inundación	
e) Temblor, terremoto y/o erupción volcánica	
f) Hundimiento del terreno, deslizamientos de tierra, caída de rocas, aludes	
g) Hundimiento o rotura de alcantarillas, puentes para vehículos, muelles o plataformas de carga	
h) Colisión con objetos en movimiento o estacionarios, volcadura, caída y enfangamiento	
i) Incendio, rayo, explosión, colisión, descarrilamiento o volcadura del medio de transporte terrestre en que los bienes asegurados fuesen transportados, incluyendo caída de aviones, hundimiento o rotura de puentes, así como las maniobras de carga y descarga.	
j) Incendio, rayo, explosión, varada, hundimiento o colisión de la embarcación de transporte fluvial de servicio regular en que los bienes asegurados fuesen transportados, incluyendo caída y colisiones durante las maniobras de carga y descarga	
k) Robo total de la unidad especificada en las condiciones particulares	
Otras coberturas amparadas mediante convenio expreso, conforme lo establecido en la Cláusula No. 1 Cobertura de las Condiciones Generales.	

X.- RESUMEN DE PRIMAS

MONEDA: LPS

U\$S

No.	Detalle	Suma Asegurada	Tasa	Prima Neta
1				
2				
3				
4				
La tasa de Conversión que se utilizó fue de:		Prima Neta		
		Impuesto		
		Gastos de Emisión		
Forma de Pago:		PRIMA TOTAL		

XI.- 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? Cuando?, Suma Asegurada?, Con qué Compañía	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
c) Le han rechazado, cancelado o aceptado algún seguro bajo condiciones especiales?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Explique:			
d) Ha tenido algún siniestro en los últimos 3 años?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	A cuanto ascendió la pérdida?,
Causas? Se han hecho cambios en el inmueble después del siniestro?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	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 de Negocios