SOLICITUD DE SEGURO DE ROTURA DE MAQUINARIA

Tipo de Persona: ◯ Natural ◯ Jurídica ◯ Comerciante Individual

Para Uso Exclusivo de la Compañía

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 Matricula 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_____		
		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. Especificaciones del riesgo

No	Descripcion	Suma Propuesto (L ó $)
1		
2		
3		
4		
5		
	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 compañias?

¿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 dias 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 Compañía 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 (Día / Mes / Año) **Hasta:** _____/ _____/ _____ a las 12:00 del mediodía (Día / Mes / Año)

Agravación del Riesgo: El Asegurado deberá comunicar a La Compañía 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.

Declaro expresamente que:

1. Tanto mi actividad, profesión u oficio es licita 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 articulo 1141 del Código de Comercio, sin que esto implique responsabilidad alguna de la Compañía 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 AXACTA 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: _____