

## SOLICITUD PARA SEGURO DE EQUIPO ELECTRONICO

VIGENCIA DEL SEGURO DESDE : \_\_\_\_\_ HASTA: \_\_\_\_\_

### A) DATOS DEL ASEGURADO O REPRESENTANTE LEGAL

Nombre Completo (según Identificación)				
Lugar de Nacimiento		Fecha de Nacimiento		Sexo
		Día	Mes	Año
		M <input type="radio"/> O <input type="radio"/> F <input type="radio"/> O <input type="radio"/>		Nacionalidad 1
				Nacionalidad 2
Número de Identificación		Tipo de Identificación		
		Tarjeta de Identidad <input type="radio"/> Pasaporte <input type="radio"/> Carnet de Residente <input type="radio"/>		
		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 económica del Negocio (si aplica)
Dirección completa de la empresa (calle, avenida, N° local, zona, referencias)				Dirección 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 <input type="radio"/> Asalariado <input type="radio"/> Independiente <input type="radio"/> Rentista <input type="radio"/> Si es estudiante indique el nombre de la persona de quien depende económicamente _____				
<input type="radio"/> Socio <input type="radio"/> Pensionado <input type="radio"/> Jubilado <input type="radio"/> Estudiante <input type="radio"/> Otros <input type="radio"/> Especifique _____				
Cuantos salarios mínimos representa su ingreso mensual?		¿Recibe ingresos diferentes a su actividad económica ? SI <input type="radio"/>		¿Realiza transacciones en moneda extranjera?
De 0 - 3 <input type="radio"/>		De 4 - 6 <input type="radio"/>		SI su respuesta es SI detalle:
De 7 - 10 <input type="radio"/>		De 11 - 20 <input type="radio"/>		Fuente de ingresos: _____
De 21 - 50 <input type="radio"/>		De 50 en adelante <input type="radio"/>		Valor mensual estimado: _____
				Tipo de moneda:
				Dólar <input type="radio"/> Euro <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/>

### 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 <input type="radio"/> Tomo <input type="radio"/> Matricula <input type="radio"/>
				Número:
Giro o actividad económica de la empresa		País de Constitución		Tiene sucursales? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
				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			2
L.20,000.00 a L. 50,000.00			L.500,000.01 a L. 1 millón			
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			2
L.10,000,000.00 a 50 millones			50,000,000.01 a L.100 millones			
Mas de 50 millones			Más de 100 millones			

### ESTRUCTURA ACCIONARIA DE LA EMPRESA

Describa nombre de los accionistas y % de participación:	No. de identificación	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 <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	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 <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Cargo:	Institución:
---	--------	--------------

En caso positivo llenar el formato Adicional de Información (PEP)

### E) DESCRIPCION DEL EQUIPO Y MAQUINARIA A SER ASEGURADO

ITEM	DESCRIPCION	MARCA	MODELO	SERIE N°	AÑO	SUMA A ASEGURAR
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						

NOTA: En la SUMA A ASEGURAR debe indicarse el VALOR DE REPOSICIÓN del Equipo Electrónico, es decir, los costes actuales de reposición del equipo por una nueva del mismo tipo, más fletes, derechos aduanales, etc.

#### F) ESPECIFICACION DE COBERTURAS

COBERTURAS SOLICITADAS	AMPARADO		SUMA ASEGURADA	DEDUCIBLE
	SI	NO		
A. COBERTURA BASICA:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
B. COBERTURAS ADICIONALES:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
B.1. Huelgas, Motín y Conmoción Civil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
B.2. Horas Extra, trabajo nocturno, trabajos en días festivos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
B.3. Transporte de los Equipos dentro del país (Valor máximo por cada medio de	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
B.4. RESPONSABILIDAD CIVIL ATERCEROS:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
b.2.1) Muerte o lesiones a una persona	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
b.2.2) Muerte o lesiones a dos o más personas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
b.2.3) Daños a la propiedad ajena	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
b.2.4) Limite Único Combinado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		

#### G) Uso a que se destinará el Equipo


#### H) Ubicación exacta del lugar donde operará el Equipo

El Equipo a asegurar,  Sí  No  En caso afirmativo, indicar nombre y dirección del

¿Están en parte o totalmente alquilados?


El Equipo a asegurar  Incendio, explosión  Terremoto, erupción volcánica, maremoto

¿Están expuestos en forma  Huracán, ciclón  Avenida, inundación

extraordinaria a riesgos  Derrumbes  Uso de explosivos

especiales?  Labores en montañas  Labores subterráneas

Otros

¿Ha tenido pérdidas (vuelcos, colisiones, incendio, robo, etc.) en los últimos cinco (5) años?  Sí  No

Si su respuesta es afirmativa, favor suministrar la siguiente información:

FECHA DE LA PERDIDA	CAUSA DEL SINIESTRO	COBERTURA AFECTADA	MONTO DE LA PERDIDA

¿Ha tenido asegurado anteriormente este Equipo, o tiene pólizas de seguros vigentes sobre el mismo?  Sí  No  - Si su respuesta es afirmativa, favor suministrar la siguiente información:

SUMA ASEGURADA	VENCIMIENTO	COMPAÑÍA ASEGURADORA

¿Le ha sido rechazada alguna solicitud de seguro?  Sí  No  - Si su respuesta es afirmativa, ¿por qué?

FORMA DE PAGO: De Contado [  ] Prima Inicial y 1 cuota [  ] Prima Inicial y 2 cuotas [  ] Prima Inicial y 3 cuotas [  ]

EL SUSCRITO CONVIENE EN QUE ESTA SOLICITUD SE CONSIDERE COMO UNA PROPUESTA EN FIRME, PARA AMPARAR EL EQUIPO ANTES DESCRITO, LA QUE EN CASO DE SER APROBADA POR SEGUROS CONTINENTAL, S. A., SERVIRA DE BASE PARA LA EMISION DE LA POLIZA RESPECTIVA DE ACUERDO A LAS CONDICIONES GENERALES EN VIGOR PARA SEGURO DE EQUIPO Y MAQUINARIA DE CONTRATISTAS.

#### I) NOTA MPORTANTE:

ESTE DOCUMENTO SOLO CONSTITUYE UNA SOLICITUD DE SEGURO, Y POR LO TANTO, NO REPRESENTA GARANTIA ALGUNA DE QUE LA MISMA SERA

ACEPTADA POR SEGUROS CONTINENTAL, S. A., NI DE QUE EN CASO DE ACEPTARSE, LA ACEPTACION CONCUERDE TOTALMENTE CON LOS TERMINOS DE LA SOLICITUD.

Detalle de los daños encontrados en el Equipo al ser inspeccionado:


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/ 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**

**L) PARA USO EXCLUSIVO DEL CANAL DE VENTA**

CANAL DE VENTA: INSTITUCION FINANCIERA <input type="radio"/> NEGOCIOS SEGCON <input type="radio"/> CORREDURIA <input type="radio"/> LICITACION <input type="radio"/> OTROS <input type="radio"/> (especifique):				
Nombre del asesor y/o correduria que entrevistó	Fecha de entrevista	Fecha entrega área técnica	Firma del entrevistador	Firma Supervisor
Observaciones:				

**M) PARA USO EXCLUSIVO DE LA ASEGURADORA**

No° de póliza	Certificado #	Suma Asegurada	Prima Anual	Nombre, firma y sello del oficial que recibe.