

## SOLICITUD DE ROTURA DE MAQUINARIA

### A) DATOS DEL ASEGURADO O REPRESENTANTE LEGAL

Nombre Completo (según Identificación)				
Lugar de Nacimiento		Fecha de Nacimiento		Sexo
		Día	Mes	Año
		M	O	F
Número de Identificación		Tipo de Identificación		
		Tarjeta de Identidad <input type="radio"/> Pasaporte <input type="radio"/> Carnet de Residente <input type="radio"/>		
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 <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 _____				
Socio <input type="radio"/> Pensionado <input type="radio"/> Jubilado <input type="radio"/> Estudiante <input type="radio"/> Otros <input type="radio"/> Especifique _____				
Cuántos salarios mínimos representa su ingreso mensual?		¿Recibe ingresos diferentes a su actividad económica ?		¿Realiza transacciones en moneda extranjera?
De 0 - 3 <input type="radio"/>	De 4 - 6 <input type="radio"/>	SI <input type="radio"/>		
De 7 - 10 <input type="radio"/>	De 11 - 20 <input type="radio"/>	Si su respuesta es SI detalle:		Tipo de moneda:
De 21 - 50 <input type="radio"/>	De 50 en adelante <input type="radio"/>	Fuente de ingresos: _____		Dólar <input type="radio"/> Euro <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/>
		Valor mensual estimado: _____		

### 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			L.1,000,000.01 a L. 5 millones			
L.100,000.01 a L. 500,000.00			L.5,000,000.01 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 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) OTROS SEGUROS

(Tiene otros seguros para este mismo riesgo)	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Si-es "SI" Con cual Compañía _____	Monto _____
Le ha sido cancelado un seguro	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> 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

¿Existió ya un seguro anterior de rotura de maqumana?                      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?

**Cobertura de gastos adicionales**

Desea usted que la cobertura incluya gastos adicionales para:  
 Fletes por expreso, horas de trabajo, trabajo nocturno, trabajo en días festivos  
 Flete aéreo  
 Límite de indemnización para flete aéreo:

**H) Datos relativos a una deseada ampliación especial y adicional de la cobertura**

**I) Riesgos cubiertos**

Riesgo	Amparo	Deducibles
Impericia, descuido y sabotaje individual del extraño y del personal al servicio del asegurado.		
La acción directa de la energía eléctrica como resultado de corto circuitos, arcos voltaicos y otros efectos similares, asi como la acción indirecta de la energía estática.		
Errores en: Diseño, defectos en construcción, fundición y usos materiales defectuosos.		
Rotura debida a la fuerza centrífuga.		
Cuerpos extraños que se introduzcan en los bienes asegurados.		
Otros accidentes ocurridos a los bienes asegurados y que no estén expresamente incluidos en la presente póliza.		
Defectos de mano de obra y montaje incorrectos efectuados para el mantenimiento o cuidado		

Observaciones

**J) Favor proporcionar detalles con respecto a los siniestros**

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

**K) Favor proporcionar detalles con respecto a los siniestros**

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

**L) Desglose de prima y número**

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/ 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.

<b>LUGAR Y FECHA</b>	<b>FIRMA DEL CLIENTE</b>	<b>FIRMA Y NO.DE AGENTE</b>
----------------------	--------------------------	-----------------------------

**M) 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 correduría que entrevistó	Fecha de entrevista	Fecha entrega área técnica	Firma del entrevistador	Firma Supervisor
Observaciones:				

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

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