

SEGURO DE ROTURA DE MAQUINARIA (PERSONA NATURAL)

SOLICITUD DE SEGURO



El suscrito, por medio de la presente solicitud conviene se considere de naturaleza declaratoria y como base del seguro para expedición de la Póliza respectiva en caso de ser aceptada, propone a: SEGUROS ATLÁNTIDA, S.A. que de acuerdo con las Condiciones Generales de la Póliza impresas y adjuntas a esta solicitud y que comprenden copia de las cláusulas de la póliza que ha de emitirse, ya sea de carácter general o especial. La solicitud de Seguro de Rotura de Maquinaria que hace a SEGUROS ATLÁNTIDA, S.A. para la persona.

I. DATOS GENERALES DEL ASEGURADO

Nombres	Apellidos	No. de Identidad (Adjuntar fotocopia)

II. VIGENCIA:

Duración: Desde: _____ / _____ / _____ a las 12:00 m
Día Mes Año
Hasta: _____ / _____ / _____ a las 12:00 m
Día Mes Año

III. BENEFICIARIO(S)

Nombre, Razón o denominación social:
Hasta la suma de:

IV. RIESGOS CUBIERTOS

Riesgo	Amparo	Deducibles
Impericia, negligencia y actos malintencionados individuales del personal del Asegurado o de terceros.		
La acción directa de la energía eléctrica como resultado de cortocircuitos, arcos voltaicos y otros efectos similares, así como los debidos a perturbaciones eléctricas consecuentes a la caída del rayo en las proximidades de la instalación.		
Errores en diseño, defecto de mano de obra, fabricación y fundición; uso de materiales defectuosos y errores de montaje.		
Fata de agua en calderas y otros aparatos productores de vapor.		
Fuerza centrífuga, pero solamente la pérdida o daño sufrido por desgarramiento en la máquina misma.		
Cuerpos extraños que se introduzcan en los bienes asegurados o los golpeen.		
Defectos de engrase, aflojamiento de piezas, esfuerzos anormales y auto calentamiento.		
Fallo en los dispositivos de regulación y control.		
Tempestad, granizo, helada y deshielo.		

V. DATOS RELATIVOS A UNA AMPLIACIÓN ESPECIAL Y ADICIONAL DE LA COBERTURA:

VI. ¿DESEA QUE LA PÓLIZA INCLUYA COBERTURA POR HUELGA, MOTÍN Y CONMOCIÓN CIVIL?

SI NO

VII. ¿DESEA QUE LA COBERTURA INCLUYA GASTOS EXTRAORDINARIOS POR HORAS EXTRAS, TRABAJO NOCTURNO TRABAJO EN DÍAS FERIADOS, FLETE EXPRESO?

SI NO

Límite de indemnización para tales gastos:

VIII. ¿DESEA QUE LA COBERTURA INCLUYA GASTOS ADICIONALES PARA FLETE AÉREO?

SI NO

Límite de indemnización para tales gastos:

IX. ¿DESEA LA COBERTURA POR DAÑOS A PROPIEDAD ADYACENTE Y RESPONSABILIDAD CIVIL?

SI NO

X. INFORMACIÓN ADICIONAL

a) ¿Mantiene pólizas suscritas con esta u otra(s) aseguradora(s)? (Especifique: Nombre de la aseguradora, tipo de seguro, suma asegurada)
b) ¿Existió ya un seguro anterior de rotura de maquinaria? 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? ¿A cuánto ascendió la pérdida? ¿Causas? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

XI. RELACIÓN DE LA MAQUINARIA A ASEGURAR:

No.	Descripción de las posiciones			Años de construcción	Exposición a riesgos especiales	Valor de reposición
	Describir completa y exactamente todas las máquinas					
	Nombre del fabricante	Tipo y Número de serie	Capacidad			

SUMA TOTAL A ASEGURAR: _____

XII. DECLARACIÓN DEL OFERENTE:

1. Por la presente declaramos que todo lo expuesto en la solicitud está completo y concuerda con la verdad según nuestro leal saber y entender, y por la presente estamos de acuerdo con que esta Solicitud constituye la base y forme parte de la póliza extendida en relación con el riesgo mencionado más arriba y que cualquier declaración falsa o inexacta causa la nulidad de la misma. Queda estipulado que la Aseguradora solo será responsable en concordancia con los términos de la póliza y que el Asegurado no presentará ninguna otra reclamación de la naturaleza que fuere. La Aseguradora está obligada a tratar esta información en un plano de estricta confidencia.
2. Hago constar que las Condiciones Generales y Particulares de la Póliza son de mi conocimiento y tienen mi plena aceptación.

XIII. IMPORTANTE:

Queda entendido y convenido que esta solicitud de seguro no tendrá vigencia hasta tanto no se haya emitido la Póliza respectiva y la misma haya sido debidamente firmada por el Representante Legal de Seguros Atlántida, S.A., para lo cual se aplicará lo establecido en el Artículo 87 de la Ley de Instituciones de Seguros y Reaseguros.

Nombre y Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Nombre y Firma del Intermediario: _____ Fecha: _____

No. de Registro de Intermediario en la CNBS: _____

Revisado y Aprobado por: _____ Fecha: _____

Lugar: _____