

**SOLICITUD DE SEGURO DE EQUIPO DE CONTRATISTA**

Fecha de solicitud	Vigencia de la póliza Desde	Hasta
--------------------	-----------------------------	-------

Tipo de NCF  Crédito fiscal  Consumo  Gubernamental  Régimen especial

**DATOS GENERALES**
**En caso de ser persona física, favor completar**

Nombre completo	Apellido de casada (si aplica)
-----------------	--------------------------------

No. documento identificación	Tipo de documento <input type="radio"/> Cédula <input type="radio"/> Pasaporte	Fecha nacimiento
------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------	------------------

Sexo <input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Masculino	Nacionalidad <input type="radio"/> Dominicano (a) <input type="radio"/> Otro (indique)
------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------

Estado civil  
 Soltero (a)  Casado (a)  Viudo (a)  Divorciado (a)  Unión libre

Hijos	Nivel académico <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Universitario <input type="radio"/> Postgrado <input type="radio"/> Maestría
-------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Dirección calle / avenida	Número	Edificio o plaza
---------------------------	--------	------------------

Sector	Ciudad / municipio
--------	--------------------

Tipo de vivienda <input type="radio"/> Propia <input type="radio"/> Alquilada <input type="radio"/> Otra (especifique)	Teléfono casa	Oficina	Celular
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------	---------	---------

Correo electrónico

**En caso de ser persona jurídica, favor completar**

Nombre de la empresa	Tipo de entidad <input type="radio"/> Pública <input type="radio"/> Privada
----------------------	--------------------------------------------------------------------------------

Dirección calle / avenida	Número	Edificio o plaza
---------------------------	--------	------------------

Sector	Ciudad / municipio
--------	--------------------

Nombre del representante legal	Fecha de constitución	RNC
--------------------------------	-----------------------	-----

Teléfono casa	Oficina	Celular	Correo electrónico
---------------	---------	---------	--------------------

Sector económico al que pertenece <input type="radio"/> Comercial <input type="radio"/> Industrial <input type="radio"/> Financiero <input type="radio"/> Servicio	Actividad comercial
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------

**DETALLES ESPECÍFICOS**

¿Ha tenido asegurado el equipo y la maquinaria bajo este tipo de seguro? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	¿Están la planta y la maquinaria situadas en un espacio específico? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Dirección de la obra (calle / número)	Edificio o plaza	Sector	Ciudad / municipio
---------------------------------------	------------------	--------	--------------------

¿La planta y la maquinaria son empleadas en diferentes localidades del territorio nacional durante el año? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	¿Está el equipo bajo mantenimiento periódico? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------

En caso de ser afirmativo, indique las localidades principales	¿Estos equipos se alquilan a terceros? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	Moneda <input type="radio"/> RD\$ <input type="radio"/> US\$
----------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------

**Exposiciones de riesgo de la localidad**

¿Terreno llano u ondulado o de tipo desértico? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	¿Es terreno ondulado o montañoso? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	¿Montañas agrestes, cañones y lugares donde se construyen las presas? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
-----------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

¿Áreas expuestas a daños por terremoto, tsunami o actividad volcánica? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	¿Áreas expuestas a daño por agua, inundación, caída de rocas, deslizamientos de tierras, lluvia torrencial y aludes? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

¿Áreas expuestas a vientos o huracán? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	¿Existe algún tipo de peligro? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	En caso de ser sí, favor detallar
--------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------

## COBERTURAS

Cobertura principal			Límite:
	Sí	No	Límites (\$)
Motín, huelga y conmoción civil			
Transporte en territorio nacional			
Flete expreso, horas extras de trabajo, trabajo nocturno y/o en días festivos			
Flete aéreo			
Otros			

## RELACIÓN DE EQUIPOS A ASEGURAR

No.	Marca	Modelo	Capacidad	Año de construcción	No. serie	Valor asegurado \$

**Nota:** En caso de no disponer de suficiente espacio en este formulario para la descripción de los ítems a asegurar, favor anexar una hoja detallando los mismos.

## ANTECEDENTES

¿Usted ha tenido otros seguros sobre esta propiedad?

Sí     No    En caso de ser afirmativo, indique aseguradora

Historial de pérdida de los últimos 5 años (Tipo de siniestro, causa, fecha y monto pagado)

## CESIÓN DE DERECHOS

¿Desea endosar su póliza a alguna institución?

Sí     No    En caso de ser afirmativo, indique el nombre de la institución

Sucursal | Monto de la cesión

**Nota:** En caso de no disponer de suficiente espacio en este formulario para la descripción de los ítems a asegurar, favor anexar una hoja detallando los mismos.

## FORMA DE PAGO

Cuotas  25% Prima más     1 cuota     2 cuotas     3 cuotas     4 cuotas    |    Tipo de pago  Efectivo     Pago automático     Cheque     Transferencia

**Nota:** En caso de seleccionar pago automático con tarjeta de crédito, completar el formulario de autorización de cargo recurrente.

## DECLARACIONES GENERALES

Declaro bajo fe de juramento y certifico que he leído todas las preguntas reflejadas en esta solicitud, y que las respuestas a las mismas, y las informaciones y afirmaciones establecidas en esta son ciertas, verdaderas y completas, y constituyen la condición esencial para que Humano Seguros, S.A. (en adelante "la aseguradora") evalúe y consienta suscribir el correspondiente contrato de aseguramiento y proceda con la emisión de la póliza solicitada. Por ello, reconozco que cualquier omisión, inexactitud, falsedad o reticencia en las informaciones suministradas en este formulario, dará lugar a la nulidad del contrato y su consecuente rescisión sin responsabilidad para la aseguradora, sin perjuicio de las responsabilidades que recaigan sobre el asegurado. De igual modo, reconozco que en caso de que Humano Seguros, S.A. acepte esta solicitud, la misma surtirá efecto a partir de la fecha de inicio de vigencia especificada por escrito por la aseguradora, previo al cumplimiento de las condiciones del contrato de aseguramiento.

De igual modo, autorizo a Humano Seguros, S.A. a solicitar a centros de información crediticia la información patrimonial y extrapatrimonial necesaria a los fines de evaluación de crédito, así como a suministrar información de esta índole a los centros de información crediticia para la evaluación del riesgo por parte de otras instituciones suscriptoras de dichos centros de información, reconociendo y garantizando que la revelación de dichas informaciones por parte de la aseguradora y/o por sus respectivos empleados, funcionarios y accionistas no conllevará violación de secreto profesional a los efectos del artículo 377 del Código Penal, ni supondrá violación a la Ley núm. 172-13 sobre Protección de Datos de Carácter Personal, ni generará responsabilidad bajo los artículos 1382 y siguientes del Código Civil, ni bajo ningún otro texto legal, al tiempo de renunciar expresa y formalmente al ejercicio de cualesquiera acciones o demandas a los fines de la reclamación de daños y perjuicios por dicha causa, y manteniendo libre e indemne de toda reclamación, a sus representantes, accionistas y demás causahabientes en virtud de las disposiciones del artículo 1120 del Código Civil.

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del solicitante

## DATOS COMERCIALES

Canal  Corredores     Agentes     Directo

\_\_\_\_\_  
No. de póliza

Intermediario

\_\_\_\_\_  
Código

\_\_\_\_\_  
Gerente de negocios