

**SOLICITUD DE SEGURO CONTRA PÉRDIDA DE BENEFICIOS POR AVERÍA DE MAQUINARIAS**

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	Fecha nacimiento
	<input type="radio"/> Cédula <input type="radio"/> Pasaporte	

Sexo	Nacionalidad
<input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Masculino	<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	Teléfono casa	Oficina	Celular
<input type="radio"/> Propia <input type="radio"/> Alquilada <input type="radio"/> Otra (especifique)			

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	Actividad comercial
<input type="radio"/> Comercial <input type="radio"/> Industrial <input type="radio"/> Financiero <input type="radio"/> Servicio	

**ESPECIFICACIONES DE LA MAQUINARIA**

Número de póliza de avería de maquinarias relacionada	Empresa aseguradora	Fecha inicio del seguro
---	---------------------	-------------------------

¿Han tenido coberturas contra pérdida de beneficios por rotura de maquinaria?

Sí   
 No   
 En caso afirmativo, indique

Describe tipo de mantenimiento regular aplicado a las máquinas	Frecuencia:
1.	<input type="radio"/> Diario <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Quincenal <input type="radio"/> Mensual <input type="radio"/> Otro
2.	<input type="radio"/> Diario <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Quincenal <input type="radio"/> Mensual <input type="radio"/> Otro
3.	<input type="radio"/> Diario <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Quincenal <input type="radio"/> Mensual <input type="radio"/> Otro
4.	<input type="radio"/> Diario <input type="radio"/> Semanal <input type="radio"/> Quincenal <input type="radio"/> Mensual <input type="radio"/> Otro

¿Qué trabajos de reparación puede efectuar directamente?	Moneda
	<input type="radio"/> RD\$ <input type="radio"/> US\$

## ESPECIFICACIONES DE ENERGÍA ELÉCTRICA

Consumo total de energía de empresa (kW, kWh p.a.)	Porcentaje de energía generado en planta propia	Corriente pública posible de obtener (kW, kWh p.a.)
Costo por kWh de la red pública	Porcentaje de ahorro en gastos de energía propia al adquirir corriente pública por kWh	
Desea asegurar los gastos básicos de suministro? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No    En caso afirmativo, indique		
Precio básico por suministro de corriente pública por kW (Favor anexas copia del contrato de suministro de energía eléctrica) RD\$ _____ ¿Cómo se calcula este precio?		
Deducible porcentual que desea para estos gastos básicos (Deducible mínimo 10%)		

## DATOS DE LA EMPRESA Y PROCESO DE PRODUCCIÓN

Fecha de constitución de la empresa	Cantidad de empleados	Para mantenimiento e inspección fluctuación (%) _____
Tiempo jornada laboral <input type="radio"/> Diario _____ horas en turnos <input type="radio"/> Semanal _____ horas <input type="radio"/> Anual _____ horas	Fecha inicio de producción _____	
¿Han ocurrido interrupciones de rotura de maquinaria en los últimos 5 años? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No    En caso afirmativo, indique		
Tipo	Duración	
1.		
2.		
3.		

¿Para daños por rotura de máquina, la interrupción continúa luego de que la máquina es reparada?  
 Sí     No    En caso afirmativo, indique

Causa \_\_\_\_\_

Duración de las prolongaciones \_\_\_\_\_

¿Hay existencias de productos terminados o semielaborados?  
 Sí     No    En caso afirmativo, ¿para qué periodo de interrupción hay esas existencias?

¿Posee la producción y la venta fluctuaciones estacionales superiores al 20%?  
 Sí     No    En caso afirmativo, indique

¿Citas mensuales de los últimos 6 meses?  
 Sí     No

Anexe en páginas adicionales breve descripción del proceso de fabricación de los productos teniendo en cuenta la maquinaria clave y diagrama de flujo marcando la maquinaria por asegurar.

## DETERMINACIÓN DE LA SUMA ASEGURADA

Deducción del volumen del negocio (Ej., descuentos a clientes, rebajas, bonificaciones)	Volumen del negocio bruto
Impuestos de consumo y sobre la venta	Gasto de energía pública, mercancías, materias primas, auxiliares y medios de operación para mantener el servicio de la empresa
Consumo de energía pública, mercancías, materias primas, auxiliares y medios de operación en total	
Otros costos no erogados durante la interrupción de las operaciones (ej. fletes por cuenta ajena, derechos de aduanas, gastos de franqueo, primas de seguros dependientes de las ventas, licencias)	Producción para fines propios anotada en el activo
	Perjuicios por interrupción de las operaciones registrados durante el ejercicio
Suma No.1	Existencias en productos elaborados y semielaborados al final del ejercicio
Menos (suma No.1 y suma No.2)	Suma No.2

Valor asegurado (beneficio bruto) \_\_\_\_\_

Monto previsto para aumentos futuros \_\_\_\_\_

Suma asegurada \_\_\_\_\_

Si desea un período de indemnización separado para salarios, habrá que repartir en forma correspondiente la suma asegurada.

### OTRAS ESPECIFICACIONES

¿Se realizan las auditorías?

Sí  No En caso afirmativo, indique

Nombre empresa / persona física auditora

Frecuencia  A las cuentas  A las mercancías  
 Quincenal  Mensual  Trimestral  Quincenal  Mensual  Trimestral

Deducible temporal deseado  
 2 días  4 días  7 días  14 días

**Nota:** En caso de no disponer de suficiente espacio para la descripción de las informaciones solicitadas, favor anexar otro formulario.

### 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)

### 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, no 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