

**SOLICITUD DE SEGURO
DE TODO RIESGO DE CONSTRUCCIÓN**

A. DATOS DEL ASEGURADO O REPRESENTANTE LEGAL

Nombre completo:

No. y tipo de documento de identificación:

Lugar y fecha de nacimiento:

Sexo: F M

RTN del asegurado o representante legal:

Nacionalidades:

Dirección de residencia del asegurado:

Teléfono de residencia:

Número de celular:

Correo electrónico:

INFORMACION FINANCIERA DEL ASEGURADO O REPRESENTANTE LEGAL

Profesión, oficio o actividad económica que practica:

Nombre de la empresa donde labora o negocio propio:

Giro del negocio:

Tiempo de laborar:

Teléfono de la empresa o negocio propio:

Dirección, municipio y departamento de la empresa o negocio propio:

 +504 2540-0016

 +504 2540-0016
+504 2262-9201

 servicioalcliente@segcon.hn
www.segcon.hn

 Centro Comercial Nova Prisa, S.P.S.
Centro Comercial Miramontes, TEGA

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro
POL GPU No. 17/27-05-2025

Cargo que desempeña:

Origen de los recursos:

Elije el rango de su ingreso mensual en cantidad de salarios mínimos:

- De 0 -3
- De 4 -6
- De 7 -10
- De 11 -20
- De 21 -50
- De 50 en adelante

¿Depende de alguien económicamente? Indique nombre, relación y No. D.N.I.:

¿Recibe ingresos de otras actividades? Indique fuente:

¿Tributa para el gobierno de EUA? Si No

Indique No. de identificación tributaria de EUA:

¿Cliente es APNFD? Si No

Indique actividad APNFD que realiza:

¿Ha desempeñado algún cargo público en los últimos 5 años? Indique cargo e institución (si aplica, en caso afirmativo debe llenar formulario adicional de persona políticamente expuesta):

B. DATOS DE LA PERSONA JURÍDICA

Razón o Denominación Social:

Nombre Comercial:

RTN Persona Jurídica:

Giro o Actividad Económica:

No. De inscripción del registro mercantil:

Procedencia de fondos:

País de constitución:

+504 2540-0016

+504 2540-0016
+504 2262-9201

servicioalcliente@segcon.hn
www.segcon.hn

Centro Comercial Nova Prisa, S.P.S.
Centro Comercial Miramontes, TEGA

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro
POL GPU No. 17/27-05-2025

Fecha de constitución:

Dirección, municipio y departamento de la empresa:

Teléfono de empresa:

Correo electrónico de la empresa:

Países o departamentos donde opera:

INFORMACION FINANCIERA DE LA PERSONA JURIDICA

Total ingresos anuales

Total egresos anuales

Total activos

Total pasivos

Proveedores principales de la empresa

Referencias bancarias o comerciales:

¿Pertenece a algún grupo económico? En caso de que si, indique a cuál:

Describa nombre de los accionistas:	% de Participación	No. de DNI	Nacionalidad	PEP? * SI/NO
1				
2				
3				
4				

Si los accionistas anteriores contienen una empresa, por favor describa los nombres de los beneficiarios finales (mayor al 25%):	% de Participación	No. de DNI	Nacionalidad	PEP? * SI/NO
1				
2				
3				
4				

+504 2540-0016

+504 2540-0016

+504 2262-9201

servicioalcliente@segcon.hn
www.segcon.hn

Centro Comercial Nova Prisa, S.P.S.
Centro Comercial Miramontes, TEGA

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro
POL GPU No. 17/27-05-2025

C. DATOS DEL SEGURO DE TODO RIESGO DE CONSTRUCCIÓN

- 1) Nombre y ubicación del proyecto
- 2) Lugar de las obras
- 3) Descripción del proyecto
- 4) Período de construcción
- 5) Nombre del contratista y subcontratistas principales

En caso de endoso acreedor, indique beneficiario y monto:

¿Tiene seguros vigentes sobre estos bienes en otra institución? Indique detalle:

INFORMACIÓN DE BENEFICIARIOS:

Nombres y Apellidos	DNI / RTN	% de participación

BIENES Y SUMAS ASEGURADAS:

NO.	Bienes Asegurados	Sumas Aseguradas

COBERTURA BASICA:

Cobertura Básica	Amparado/ No Amparado	Suma Asegurada
<p>COBERTURA PRINCIPAL "A" Esta Póliza cubre las pérdidas y daños materiales que sufran los bienes asegurados en forma accidental, súbita e imprevista, por cualquier causa que no se encuentre expresamente excluida en esta Póliza y que no pudiera ser amparada bajo las coberturas adicionales especificadas más adelante, las cuales están excluidas salvo que se mencionen en la Carátula y/o Especificación de esta Póliza como contratados.</p>		

COBERTURAS ADICIONALES:

Cobertura	Amparado/ No Amparado	Suma Asegurada
<p>COBERTURA “B”: Daños causados directamente por terremoto, temblor, maremoto y erupción volcánica</p>		
<p>COBERTURA “C”: Daños causados directamente por ciclón, huracán, tornado, tempestad, granizada, vientos, inundación, desbordamiento y alza del nivel de aguas, enfangamiento, hundimiento o deslizamiento del terreno, derrumbes y desprendimiento de tierra o de rocas.</p>		
<p>COBERTURA “D”: Daños causados directamente por el contratista en el curso de la ejecución de las operaciones llevadas a cabo con el propósito de dar cumplimiento a sus obligaciones derivadas de la cláusula de mantenimiento del contrato de construcción.</p>		
<p>COBERTURA “E”: La responsabilidad civil extracontractual del Asegurado por daños materiales producidos a bienes de terceros que ocurran en conexión directa con la ejecución del contrato de construcción asegurado por esta póliza y que hubieren acontecido dentro o en la vecindad inmediata del sitio del contrato durante el período del seguro.</p> <p>Pero la Compañía no indemnizará al Asegurado en relación a:</p> <ol style="list-style-type: none"> Gastos incurridos en hacer o rehacer, arreglar, reparar o reemplazar cualquier trabajo o bienes cubiertos bajo la cobertura principal «A» de esta póliza. Daños a cualquier bien o terreno o edificio causados por la remoción, debilitamiento de bases, lesiones o daños a cualquier persona o bienes ocasionados por o resultantes de tal daño (salvo que se lo haya acordado 		



<p>específicamente como pacto en contrario y esté indicado por condición particular en la póliza).</p> <p>c) Pérdida de o daño a la propiedad perteneciente al o tenida a cargo, en custodia o control del contratista o del principal o de cualquier otra firma conectada con el contrato de construcción o a un empleado u obrero de uno de los antedichos.</p>		
<p>COBERTURA “F”: La responsabilidad civil extracontractual del Asegurado por lesiones corporales, incluyendo la muerte, producidas a personas que no estén al servicio del Asegurado o del dueño del negocio para quien se esté haciendo la construcción o de otros contratistas o subcontratistas que estén llevando a cabo trabajos en el sitio de construcción, ni a los miembros de familia del Asegurado o de las personas antes dichas.</p> <p>La Compañía pagará dentro de los límites fijados para las coberturas «E» y «F» todos los gastos y costos en que incurriera al defender cualquier litigio que se entable contra el Asegurado. Cuando el importe de la reclamación exceda de la suma asegurada respectiva, la Compañía pagará en forma proporcional al valor asegurado. Los amparos “E” y “F” no aplican para siniestros ocurridos durante el período de mantenimiento</p>		
<p>COBERTURA “G”: Los gastos por concepto de remoción de escombros que sean necesarios después de ocurrir un siniestro amparado bajo la presente póliza.</p>		
<p>3. Cobertura adicional de Equipo y Maquinaria de Construcción</p> <p>Mediante aceptación expresa y con sumas aseguradas por separado y el pago de la prima correspondiente, la presente póliza puede extenderse a cubrir:</p>		



<p>Maquinaria de construcción, equipos y herramientas, máquinas e instalaciones auxiliares de toda clase, oficinas y bodegas provisionales, utilizados en la operación en el sitio de construcción, sean de propiedad del Asegurado o por los cuales sea legalmente responsable.</p> <p>Al ocurrir un siniestro, se calculará el importe del mismo conforme a la cláusula 14.3, deduciendo una depreciación correspondiente al uso y el deducible. La indemnización máxima por cada objeto no deberá sobrepasar el valor real menos el valor del salvamento y el deducible</p>		
--	--	--

DEDUCIBLES:

Cobertura	Porcentaje o Valor

DETALLE DE PAGO:

Prima Neta Anual:		Forma de Pago	
		<input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Gastos de emisión:			
Descuento:		No. De cuotas	
Recargos:		Valor de 1ra cuota	
Prima Total Anual:		Valor de demás cuotas	

D. ACLARACIONES E INSTRUCCIONES ESPECIALES

Queda entendido que si dentro de 30 (treinta) días a partir de hoy no recibo la póliza, ni aviso relacionado con esta solicitud, ésta será considerada rechazada. Estoy de acuerdo en que la aceptación de la Póliza emitida de conformidad en los términos de esta solicitud constituirá una ratificación por parte mía de las declaraciones contenidas en ellas. Si Seguros Continental, S.A. rehúsa aceptar esta solicitud de acuerdo con el plan, cantidad y tipo de prima solicitados, se me reintegrará cualquier depósito o adelanto que haya efectuado para la emisión de la Póliza que solicito y que ninguna persona excepto un oficial ejecutivo de Seguros Continental, S.A., podrá actuar en nombre de Seguros Continental, S.A., para efectuar, modificar o cancelar el contrato o hacer que Seguros Continental, S.A., renuncie a sus derechos o requisitos y que

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro
POL GPU No. 17/27-05-2025



+504 2540-0016



+504 2540-0016
+504 2262-9201



servicioalcliente@segcon.hn
www.segcon.hn



Centro Comercial Nova Prisa, S.P.S.
Centro Comercial Miramontes, TEGA

ninguno de estos actos podrán ser efectuados por el agente de Seguros Continental, S.A. que llene esta solicitud. Así mismo declaro haber recibido copia íntegra de las **CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES** de la Póliza

cuya expedición solicité y estar enterado del contenido de las mismas que doy por aceptadas. Seguros Continental, S.A. se reserva el derecho a efectuar los pagos correspondientes a indemnizaciones en la divisa que considere pertinente.

G. DECLARACIONES DEL SOLICITANTE

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 y asimismo, declaro que he sido enterado y acepto las Condiciones Generales 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.

F. AUTORIZACIÓN DE MÉTODOS DE PAGO

Ofrecemos opciones de pago fácil y seguras. Indique la forma de pago que más le convenga:

Extra-financiamiento BAC. 0% interés hasta 12 meses. **SI** **NO**

Cargo Automático a la Tarjeta de Crédito o Débito. En caso de seleccionar esta opción, proporcione la siguiente información.

Banco Emisor de Tarjeta:

Número de Tarjeta:

Fecha del mes que desea se realice el débito:

Al seleccionar la a opción de cargo automático, AUTORIZO a SEGUROS CONTINENTAL, S.A. realizar el cargo a mi tarjeta de crédito o débito en AUTOMÁTICO con la información detallada debajo. Entiendo que el débito podrá ser cancelado por escrito y en el momento que ambas partes estimen conveniente. En caso de cambio de tipo (migración) de la tarjeta antes señalada, autorizo la aplicación de estos servicios a la nueva.

FECHA _____

FIRMA DEL SOLICITANTE _____

+504 2540-0016

+504 2540-0016

+504 2262-9201

servicioalcliente@segcon.hn
www.segcon.hn

Centro Comercial Nova Prisa, S.P.S.
Centro Comercial Miramontes, TEGA

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro
POL GPU No. 17/27-05-2025

FIRMA DEL INTERMEDIARIO DE SEGUROS / CORREDURÍA _____

PARA USO INTERNO DE LA COMPAÑÍA

NOMBRE Y CÓDIGO DEL INTERMEDIARIO DE SEGUROS / CORREDURÍA

NOMBRE Y CÓDIGO DEL EJECUTIVO DE NEGOCIOS DE SEGUROS CONTINENTAL, S.A.

 +504 2540-0016

 +504 2540-0016
+504 2262-9201

 servicioalcliente@segcon.hn
www.segcon.hn

 Centro Comercial Nova Prisa, S.P.S.
Centro Comercial Miramontes, TEGA

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro
POL GPU No. 17/27-05-2025