

**SEGURO DE TODO RIESGO DE MONTAJE**  
**SOLICITUD DE SEGURO PERSONA JURÍDICA**

Póliza No.			Categoría:		
Agencia:	Vigencia Desde:	Hasta:	Hora:		
Persona Natural <input type="checkbox"/>	Comerciante Individual <input type="checkbox"/>	APNFD <input type="checkbox"/>	PEP <input type="checkbox"/>		
<b>Datos del Autorizado para Contratar / Persona Natural</b>					
COMO APARECE EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD					
Nombres:	Primer Apellido:	Segundo Apellido:		Apellido de Casada:	
Identidad No.:	Tipo de Identificación:	Cédula <input type="checkbox"/>	Pasaporte <input type="checkbox"/>	Carnet Resid. <input type="checkbox"/>	
RTN No.:	Fecha de Nacimiento: Día ____ Mes ____ Año ____			Edad:	
Lugar de Nacimiento:	Municipio	Departamento	País	Nacionalidad (es)	
Género		Estado Civil			
Masculino <input type="checkbox"/>	Soltero (a) <input type="checkbox"/>	Casado (a) <input type="checkbox"/>	Viudo (a) <input type="checkbox"/>	Unión Libre <input type="checkbox"/>	
Femenino <input type="checkbox"/>					
Nombre completo del Cónyuge:			No. Identidad del Cónyuge		
<b>Dirección Completa de Residencia:</b>					
Departamento:			Municipio:		
Colonia:		Calle:	Avenida:		
Bloque No.:	Casa No.:	Teléfono de Residencia		No. De Celular	
Otras referencias o señas:					
Profesión, ocupación u oficio:					
<b>Origen de los Recursos</b>					
Actividad Económica Principal:					
Ocupación actual:	Asalariado <input type="checkbox"/>	Pensionado <input type="checkbox"/>	Estudiante <input type="checkbox"/>	Independiente <input type="checkbox"/>	
Posee Negocio Propio:					
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Nombre del Negocio (si aplica)	Giro o Actividad económica del negocio:			
Nombre de la empresa donde labora:	Posición / cargo que desempeña:			Fecha de empleo: Día ____ Mes ____ Año ____	
Es usted una persona expuesta públicamente (PEP) Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
En caso de que su respuesta sea afirmativa, completar el formulario de identificación y vinculación de personas expuestas políticamente (Nacional y extranjero)					



Cargo público desempeñado en los últimos cuatro (4) años e institución			
INSTITUCIÓN	CARGO PÚBLICO	PERÍODO	
Profesión u ocupación: _____			
<b>Dirección Completa de la Empresa</b>			
Departamento:	Municipio:	Ciudad:	Colonia / Barrio:
Calle:	Bloque:	Avenida:	Edificio:
Teléfono del Trabajo:	No. Fax:	Correo Electrónico:	Sitio Web:
Otras referencias o señas: _____			
<b>Información Financiera del Asegurado / Representante Legal</b>			
Especifique su fuente de ingresos: _____			
<b>Nivel Aproximado de ingreso según el Salario Mínimo Mensual Vigente (actividad principal):</b>		<b>¿Recibe ingresos diferentes a su actividad principal?</b>	
De 0 - 3	<input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
De 4 - 6	<input type="checkbox"/>	Si su respuesta es Si detalle:	
De 7 - 10	<input type="checkbox"/>	Fuente de ingresos: _____	
De 11 -20	<input type="checkbox"/>	Valor mensual estimado: _____	
De 21 - 50	<input type="checkbox"/>	¿Realiza transacciones en moneda extranjera?	
De 50 en adelante	<input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
		Tipo de moneda: Dólar <input type="checkbox"/> Euro <input type="checkbox"/> Otra: _____	
<b>Información de Seguros</b>			
Propósito del Seguro: _____			
Mantiene pólizas suscritas con ésta u otra (s) aseguradora (s)    Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Nombre de la aseguradora:	Tipo (s) de seguro (s):	Suma (s) asegurada (s):	
<b>Datos del Beneficiario</b>			
¿Actúa en nombre propio? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
En caso de que su respuesta sea negativa, especifique el nombre del tercero por el que actúa			
<b>Nombre Completo</b>	<b>Identidad / RTN</b>	<b>Parentesco</b>	<b>Relación (marque con x)    ¿Es un PEP?</b>
		Financiera <input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
<b>Datos Generales del Contratante</b>			
Dirección completa: _____			
Departamento:	Municipio:	Ciudad:	Colonia / Barrio:
Calle:	Bloque:	Avenida:	Edificio:
Teléfono del trabajo:	No. Fax:	Correo Electrónico:	Sitio Web:
Otras referencias o señas: _____			



¿Tiene su empresa oficinas en otros departamentos o en el extranjero? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Dónde? (Anexe detalle en caso de ser necesario)
--	--

¿La empresa previene y controla el Lavado de Activos y Financiamiento al Terrorismo?  
Sí  No

Si su respuesta es afirmativa, ¿cómo lo hace?: Seminarios  Capacitaciones  Charlas   
Trifolios  Otros \_\_\_\_\_

**Información de Accionistas (25% de participación) cantidad de accionistas (este debe detallar sus dueños hasta llegar al beneficiario final):**

Nombre Completo y/o Razón Social	Tipo de Identificación	No. De Identificación	Origen de los Fondos	Participación %	¿Es un PEP? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

En caso de los accionistas **que no cuenten** con el porcentaje de participación requerido, o que sea otra Persona Jurídica reportar **la totalidad accionaria en una hoja adicional.**

¿Alguno de los socios detallados son figura pública nacional o extranjera; o bien tiene uno de los anteriores un familiar en primer grado de consanguinidad o afinidad?  
Sí  No  En caso de que su respuesta sea afirmativa, el socio deberá completar el formulario de identificación y vinculación para personas expuestas políticamente (nacionales o extranjeros)

¿Son todos los accionistas o asociados, antes descritos, los beneficiarios finales? Sí  No   
En caso de que su respuesta sea negativa, favor especifique en la tabla que se detalla a continuación los beneficiarios finales:

Nombre Completo y/o Razón Social	Tipo de Identificación	No. De Identificación	Origen de los Fondos	Participación %	¿Es un PEP? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

¿Alguno de los socios detallados son figura pública nacional o extranjera; o bien tiene uno de los anteriores un familiar en primer grado de consanguinidad o afinidad?  
Sí  No  En caso de que su respuesta sea afirmativa, el socio deberá completar el formulario de identificación y vinculación para personas expuestas políticamente (nacionales o extranjeros)

**Especifique la procedencia de los fondos para el pago de la prima del seguro:**

**Información Financiera del Contratante (marque con una X los valores que correspondan)**

Ingresos y Egresos	Total Ingresos Anuales	Total Egresos Anuales	Activos y Pasivos (Lps.)	Total Activos	Total Pasivos
No tiene			No tiene		
Menos de L. 500,000.00			Menos de L. 500,000.00		
L. 500,000.00 a L. 1,000,000.00			L. 500,000.00 a L. 1,000,000.00		
L. 1,000,000.00 a L. 5,000,000.00			L. 1,000,000.00 a L. 5,000,000.00		
L. 5,000,000.00 a L. 10,000,000.00			L. 5,000,000.00 a L. 10,000,000.00		
L. 10,000,000.00 a L. 25,000,000.00			L. 10,000,000.00 a L. 25,000,000.00		
L. 25,000,000.00 a L. 50,000,000.00			L. 25,000,000.00 a L. 50,000,000.00		
L. 50,000,000.00 a L. 100,000,000.00			L. 50,000,000.00 a L. 100,000,000.00		
Más de L. 100 millones			Más de L. 100 millones		

**Referencias Bancarias o Comerciales del Contratante**

Denominación Social	Nombre Comercial	Número RTN



**Detalle dos (2) Proveedores que le brindan Servicios**

Denominación Social	Nombre Comercial	Número RTN

**SOBRE EL PROYECTO A ASEGURAR (Si el proyecto consiste de varias secciones, indicar la sección (es) a asegurar:**

Descripción del Proyecto:

Lugar exacto del montaje:

Nombre y dirección del propietario:

Nombre y dirección de los contratistas:

Nombre y dirección de los subcontratistas:

Nombre y dirección del fabricante de las unidades principales:

Nombre y dirección de la firma supervisora del montaje:

Nombre y dirección del ingeniero consultor:

Descripción exacta del objeto a montar (indicar si se trata de unidades usadas). En caso de maquinaria: nombre del fabricante, número, tipo, tamaño, capacidad, peso, presión, temperatura, revoluciones, año de fabricación de unidades mayores. En caso de instalaciones completas: diseño general de la planta, tipo de trabajo de ingeniería civil (si lo hubiera).

¿Es esta una ampliación de la instalación ya existente? Si ( ) No ( )

¿Están terminados completamente los edificios y las obras de ingeniería civil? Si ( ) No ( )

Trabajo a ejecutar por el (los) subcontratista (s):

Existe algún riesgo agravado de incendio Si ( ) No ( ) Explosión Si ( ) No ( )

**NIVEL FREÁTICO**

Nombre y distancia de Río, lago, mar, etc. Más cercanos:

Niveles de tales aguas: Bajo ( ) Medio ( ) Nivel máximo registrado ( ) Nivel medio del lugar ( )

**CONDICIONES METEOROLÓGICAS**

Temporada de lluvias desde:

Hasta:

Precipitaciones pluviales máximas (mm)

por hora:

por día:

por



Velocidad máxima del viento: Riesgo de tempestad: Bajo ( ) Moderado ( ) Alto ( )

¿Se tienen antecedentes de volcanismo, maremoto? SI ( ) NO ( )

¿Se han registrado en esta área terremotos, etc.? Si ( ) No ( ) En caso afirmativo, indicar:

INTENSIDAD: MAGNITUD:

¿Se basan los cálculos estructurales en las normas antisísmicas vigentes? Si ( ) No ( )

Roca ( ) Grava ( ) Arena ( ) Arcilla ( ) Rellenos ( ) Otros ( )

EXISTEN FALLAS GEOLÓGICAS EN LA ZONA?, SI ( ) NO ( ) INDIQUE EL NOMBRE Y LA LONGITUD:

Existen edificaciones y/o estructuras en o adyacentes a la obra, propiedad o mantenidas bajo cuidado, custodia y control del propietario, que deban ser aseguradas contra cualquier daño como consecuencia directa o indirecta de los trabajos de construcción? SI ( ) NO ( )

Límite de indemnización \_\_\_\_\_

**RIESGOS CUBIERTOS:**

COBERTURA BASICA "A"	SUMA A ASEGURAR
a) Errores durante el montaje.	
b) Impericia, descuido y actos mal intencionados de obreros y empleados del Asegurado o de extraños.	
c) Caída de partes del objeto que se monta, como consecuencia de rotura de cables o cadenas, hundimiento o deslizamiento del equipo de montaje u otros accidentes análogos.	
d) Robo. Para los efectos de este seguro se entenderá por robo las pérdidas por sustracción de los bienes Asegurados y los daños que se causen a los mismos como consecuencia del intento o la consumación del robo, siempre y cuando que la persona que lo cometa haya penetrado al lugar por medios violentos o de fuerza y en forma tal que en el lugar de entrada o de salida queden huellas visibles de tal acto de violencia. El Asegurado se obliga a presentar una denuncia de los hechos, de que trata este inciso, ante la autoridad competente.	
e) Incendio, rayo y explosión.	
f) Hundimiento de tierra o desprendimiento de tierra o de rocas.	
g) Cortocircuitos, arcos voltaicos, así como la acción indirecta de la electricidad atmosférica.	
h) Caída de aviones o parte de ellos.	



i) Otros accidentes durante el montaje y que no pudieren ser cubiertos bajo las coberturas adicionales y cuando se trate de bienes nuevos, también, durante las pruebas de resistencia o de operación.	
<b>SUMA TOTAL A ASEGURAR</b>	

<b>COBERTURAS ADICIONALES</b>	<b>VALOR A ASEGURAR</b>	<b>DEDUCIBLES</b>
1) Cobertura de riesgos sin implicar un cambio de valor en la Cobertura Básica "A": COBERTURA B COBERTURA C COBERTURA D		
2) Coberturas que requieren sumas aseguradas por separado: COBERTURA E COBERTURA F COBERTURA G		

PRIMA NETA:	IMPUESTO SOBRE VENTAS:	GASTOS DE EMISIÓN:
PRIMA TOTAL:	PAGO DE CONTADO:	

Fraccionamiento: Si  No  2  3  4  5  6

Primera Cuota:                      Subsiguientes:

Forma de Pago:

Tarjeta de crédito No.

Efectivo:  Cheque No.

Transferencia Bancaria No.

Tarjeta de Débito No.

Depósito a cuenta:

**SINIESTRALIDAD:**

Sí  No

Describa brevemente los siniestros ocurridos indicando fecha, causa y monto pagado por daños a la propiedad y por lesiones corporales:

**1) Declaraciones y Autorizaciones del Asegurado o Titular de la Póliza**

**A) FIRMAS**

Certifico que la información brindada en esta solicitud es verídica. Asimismo, comprendo que en caso de no proporcionar la información correcta o si se comprobase que las respuestas no están sujetas a la realidad, las coberturas del seguro contratado se podrían ver afectadas, eximiendo a SEGUROS CREFISA, S. A. de toda obligación de indemnizar.



Asimismo, declaro que cualquier declaración que se compruebe como falsa e inexacta, sea antes o después de la ocurrencia de un eventual siniestro, causaran la nulidad del seguro conforme a las disposiciones contenidas en el Art. del Código de Comercio de Honduras.

Autorizo a SEGUROS CREFISA, S. A. registrar y consultar en las Bases de Datos de las Centrales de Información administradas por la Comisión Nacional de Bancos y Seguros (CNBS), del Sistema Asegurador (CISA) y cualquier otra sea pública o privada.

Queda entendido y convenido que la presente Solicitud – Condiciones Particulares, Condiciones Generales y Anexos (si los hubiere) forman parte integrante del Contrato de Seguro.

Dado en la Ciudad de \_\_\_\_\_ el \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

_____	_____	_____
<b>Firma del Solicitante</b>	<b>Firma del Titular de la Póliza</b>	<b>Sello si aplica</b>
<b>(Huella digital si no puede escribir)</b>	<b>(Huella digital si no puede escribir)</b>	
_____	_____	
<b>Nombre del Intermediario</b>	<b>Firma del Intermediario</b>	
<b>Código No.</b> _____		
_____	_____	
<b>Nombre del Oficial de Negocio</b>	<b>Firma del Oficial de Negocios</b>	

**B) Declaración y Origen de Fondos y Aceptación de Cláusula**

**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 la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla periódicamente.

