

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

Póliza No.			Categoría:		
Agencia:		Vigencia Desde:		Hasta:	
Hora:		Comerciante Individual <input type="checkbox"/>		APNFD <input type="checkbox"/>	
Persona Natural <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"/>	
Femenino <input type="checkbox"/>		Viudo (a) <input type="checkbox"/>		Unión Libre <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"/>	
Ama de casa <input type="checkbox"/>		Estudiante <input type="checkbox"/>		Independiente <input type="checkbox"/>	
<b>Si el asegurado es estudiante o ama de casa, favor proporcionar la siguiente información:</b>					
<b>Información de la persona de quien depende económicamente</b>					
Primer Nombre:		Segundo Nombre:		Primer Apellido:	
Segundo Apellido:		Apellido de Casada:			
No. De Identidad:		Actividad Económica que Desarrolla:			Parentesco o Afinidad:



**Información Financiera del Asegurado y/o Representante Legal**

Especifique su fuente de ingresos: \_\_\_\_\_

**Nivel Aproximado de ingreso según el Salario Mínimo Mensual Vigente (actividad principal):**

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

¿Recibe ingresos diferentes a su actividad principal?

Si  No

Si su respuesta es Si detalle:

Fuente de ingresos: \_\_\_\_\_

Valor mensual estimado: \_\_\_\_\_

¿Realiza transacciones en moneda extranjera?

Si  No

Tipo de moneda: Dólar  Euro  Otra: \_\_\_\_\_

**Datos Laborales**

Nombre de la empresa donde labora: \_\_\_\_\_ Posición / cargo que desempeña: \_\_\_\_\_ Tiempo de laborar en la empresa: \_\_\_\_\_

Dirección completa de la empresa donde labora: \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo:	Fax No.:	Correo electrónico:	Sitio Web:
Departamento:	Municipio:	Ciudad:	Colonia / barrio:
Calle:	Bloque:	Avenida:	Edificio:

Específicamente detalle su fuente de ingresos:

Es usted una persona expuesta públicamente (PEP) Sí  No

En caso de que su respuesta sea afirmativa, completar el formulario de identificación y vinculación para personas expuestas políticamente (Nacional y extranjero)

¿Mantiene pólizas suscritas con esta u otra (s) aseguradora (s)? Sí  No

Especifique:

Nombre de la aseguradora: \_\_\_\_\_

Tipo (s) de seguro (s): \_\_\_\_\_ Suma (s) Asegurada (s): \_\_\_\_\_

**Datos del beneficiario**

¿Actúa en nombre propio?

Si  No

En caso de que su respuesta sea negativa, especifique el nombre del tercero por el que actúa

Nombre completo	Identidad / RTN	Parentesco	Relación (Marque con X)	
			Financiera	Personal
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**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 mes:

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 BÁSICA "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>	



RIESGOS CUBIERTOS:		VALOR A ASEGURAR	DEDUCIBLES
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:	IMPUESTOS SOBRE VENTAS:	GASTOS DE EMISIÓN:	
PRIMA TOTAL	Pago de contado:		
Fraccionamiento: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>		Primera cuota:	Subsiguientes:
<b>Forma de Pago:</b>			
Tarjeta de crédito No.	Efectivo:	Cheque No.	Transferencia Bancaria No.
Tarjeta de Débito No.	Depósito a Cuenta		
SINIESTRALIDAD:		SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Describa brevemente los siniestros ocurridos indicando fecha, causa y monto pagado por daños a la propiedad y por lesiones corporales:			
<b>1) Declaraciones y Autorizaciones del Asegurado o Titular de la Póliza</b>			
<b>A) FIRMAS</b>			
Certifico que la información brindada en esta solicitud es verídica. Asimismo, comprendo que en caso de no proporcionar la información correcta o si se comprobare 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 _____			
_____	_____	_____	
Firma del Solicitante	Firma del Titular de la Póliza	Sello si aplica	
(Huella digital si no puede escribir)	(Huella digital si no puede escribir)		



<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>B) Declaración y Origen de Fondos y Aceptación de Cláusula</b>	
<b>Declaro expresamente que:</b>	
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.	

