

A. DATOS DEL ASEGURADO

La siguiente solicitud deberá ser completada con letra de molde

PARA USO EXCLUSIVO DE LA COMPAÑÍA	Oficina:	Código de Contratante:
Vinculación:	No. de solicitud:	No. de póliza:

I. Datos Generales del Tomador del Seguro Persona natural Persona jurídica

Datos Persona Natural/Representante Legal

Nombre comercial										
Primer apellido		Segundo apellido			Primer nombre			Segundo nombre		
Apellido de casada		Identidad <input type="checkbox"/>	Carnet de residencia <input type="checkbox"/>	Pasaporte <input type="checkbox"/>	No. de documento			Fecha de vencimiento del documento Día Mes Año <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
RTN contratante natural o representante legal		Lugar de nacimiento			Fecha de nacimiento Día Mes Año			Edad	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
Nacionalidad										
1		2			3					
Profesión, ocupación, oficio o actividad económica					Soltero <input type="checkbox"/>		Estado civil Casado <input type="checkbox"/>		Divorciado <input type="checkbox"/>	
Nombre de la empresa donde trabaja o nombre del negocio propio					Unión libre <input type="checkbox"/>					Viudo <input type="checkbox"/>
Tiempo de laborar					Cargo que desempeña					
Giro de la empresa					Origen de los recursos					
Con que instituciones financieras posee cuentas: <input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>					
Nivel aproximado de ingresos										
L 0.00 - L 27,000.00 <input type="checkbox"/>		L 27,000.01 - L 53,000.00 <input type="checkbox"/>		L 53,000.01 - L 89,000.00 <input type="checkbox"/>		L 89,000.01 - L 177,000.00 <input type="checkbox"/>		L 177,000.01 - L 442,000.00 <input type="checkbox"/>		Mayor a L 442,000.01 <input type="checkbox"/>
¿Ha desempeñado algún cargo público usted o un familiar suyo en los últimos 4 años? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			(Si aplica) Cargo:			(Si aplica) Instituciones:				
En caso de ser afirmativo completar el SPS-F-CR-01 formulario de identificación y vinculación para personas expuestas políticamente (Aplica para nacionales y extranjeros)										
¿Actúa en nombre o representación de otra persona? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			Si la respuesta es Si indicar:							
Nombre completo de la persona que representa			Su relación			No. de identidad de la persona que representa				
¿Depende económicamente de otra persona? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			Si la respuesta es Si indicar:							
Nombre completo de la persona que representa			Su relación			No. de identidad de la persona de la que depende				
¿Cliente es APNFD? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			Si la respuesta es Si indicar que actividad APNFD realiza:							
APNFD = Actividades y Profesiones No Financieras Designadas.										
¿Cliente es Contratista del Estado? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>										

Datos del Cónyuge

Primer apellido		Segundo apellido			Primer nombre			Segundo nombre	
Nombre de la empresa donde trabaja					Cargo que desempeña				

No. de Teléfono

No. de Celular

Correo electrónico

**Datos Persona Jurídica**

Denominación y razón social				
Objeto social y/o actividad económica	RTN / RUC	No. de inscripción del registro mercantil	Fecha de constitución de la empresa Día Mes Año	
Departamentos o países donde opera				
1	2	3		
Origen de los recursos		Monto aproximado del total de activos (Lempiras)		
Venta o ingresos anuales (Lempiras)		¿Pertenece a un grupo económico? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Cuál?
Nombre de la empresa (1)		Referencias bancarias o comerciales Nombre de la empresa (2)		Teléfono
Nombre de la empresa (1)		Proveedores principales Nombre de la empresa (2)		Teléfono
¿Cliente es APNFD? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Si la respuesta es Si indicar que actividad APNFD realiza:		
APNFD = Actividades y Profesiones No Financieras Designadas				
¿Cliente es Contratista del Estado? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Cliente es ONG/OSFL? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		ONG = Organismo No Gubernamental OSFL = Organización Sin Fines de Lucro

**II. Dirección de Residencia del Contratante o Representante Legal Dirección de cobro**

País		Departamento		Municipio		Ciudad	
Colonia		Calle		Avenida		Bloque	Casa No.
Detallar dirección							Apartado Postal
Teléfono		Celular			Correo electrónico		

**III. Dirección de Trabajo del Contratante o de la Empresa Dirección de cobro**

País		Departamento		Municipio		Ciudad	
Colonia		Calle		Avenida		Bloque	Casa No.
Detallar dirección							
Teléfono		Celular			Correo electrónico		
Telefax		Apartado Postal		Sitio web			

**IV. Vigencia**

Desde:	Al medio día	Hasta:	Al medio día
--------	--------------	--------	--------------

**V. Información de Otros Seguros**

¿Tiene otros seguros con la compañía? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Qué tipo de seguros?	¿Con cuál otra compañía tiene (tenía) seguros?	
	¿Qué tipo de seguro?	Sumas aseguradas	

**VI. Datos del Beneficiario Preferente**

Nombre completo del Beneficiario	Número de identificación	Participación

**VII. Dirección del Beneficiario**

Colonia:		Casa número:	Teléfono:	Celular:
Detallar dirección:				
Ciudad:			Municipio:	

**B. ESPECIFICACIONES DEL RIESGO****I. Título del Contrato (si el proyecto consiste en varias secciones, especificar las mismas)**


**II. Ubicación del Montaje**

Colonia:	Calle:	Avenida:	Bloque:	Casa No.
Teléfono:	Celular:	E-mail:	Apartado Postal:	
País:	Departamento:	Ciudad:	Municipio:	

**III. Nombre y dirección del Propietario del proyecto**

Persona Natural <input type="checkbox"/>	Persona Jurídica <input type="checkbox"/>	Razón Social		
Nombre como aparece en el documento de Identificación:	Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres	
Identidad <input type="checkbox"/>	R.T.N. <input type="checkbox"/>	Carnet de Residencia <input type="checkbox"/>	Pasaporte <input type="checkbox"/>	Identificación No.
Colonia:	Calle:	Avenida:	Bloque:	Casa No.
Teléfono:	Celular:	E-mail:	Apartado Postal:	
País:	Departamento:	Ciudad:	Municipio:	

**IV. Nombre y dirección del (de los) contratista (s) principal (es)**

Persona Natural <input type="checkbox"/>	Persona Jurídica <input type="checkbox"/>	Razón Social		
Nombre como aparece en el documento de Identificación:	Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres	
Identidad <input type="checkbox"/>	R.T.N. <input type="checkbox"/>	Carnet de Residencia <input type="checkbox"/>	Pasaporte <input type="checkbox"/>	Identificación No.
Colonia:	Calle:	Avenida:	Bloque:	Casa No.
Teléfono:	Celular:	E-mail:	Apartado Postal:	
País:	Departamento:	Ciudad:	Municipio:	

**V. Nombre y dirección del (de los) subcontratista (s)**

Persona Natural <input type="checkbox"/>	Persona Jurídica <input type="checkbox"/>	Razón Social		
Nombre como aparece en el documento de Identificación:	Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres	
Identidad <input type="checkbox"/>	R.T.N. <input type="checkbox"/>	Carnet de Residencia <input type="checkbox"/>	Pasaporte <input type="checkbox"/>	Identificación No.
Colonia:	Calle:	Avenida:	Bloque:	Casa No.
Teléfono:	Celular:	E-mail:	Apartado Postal:	
País:	Departamento:	Ciudad:	Municipio:	

**VI. Nombre y dirección del la firma supervisora del montaje**

Persona Natural <input type="checkbox"/>	Persona Jurídica <input type="checkbox"/>	Razón Social		
Nombre como aparece en el documento de Identificación:	Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres	
Identidad <input type="checkbox"/>	R.T.N. <input type="checkbox"/>	Carnet de Residencia <input type="checkbox"/>	Pasaporte <input type="checkbox"/>	Identificación No.
Colonia:	Calle:	Avenida:	Bloque:	Casa No.
Teléfono:	Celular:	E-mail:	Apartado Postal:	
País:	Departamento:	Ciudad:	Municipio:	

**VII. Nombre y dirección del ingeniero consultor**

Persona Natural <input type="checkbox"/>	Persona Jurídica <input type="checkbox"/>	Razón Social		
Nombre como aparece en el documento de Identificación:	Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres	
Identidad <input type="checkbox"/>	R.T.N. <input type="checkbox"/>	Carnet de Residencia <input type="checkbox"/>	Pasaporte <input type="checkbox"/>	Identificación No.
Colonia:	Calle:	Avenida:	Bloque:	Casa No.
Teléfono:	Celular:	E-mail:	Apartado Postal:	
País:	Departamento:	Ciudad:	Municipio:	

VIII. Solicitante Asegurado: (Entre los números de 1 a 5, indicar cual de ellos es el solicitante del seguro y que partes han de ser declaradas como aseguradas en la póliza)

Solicitante No.	Asegurado (s) No (s)
-----------------	----------------------

IX. 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).


X. Período del seguro

Comienzo:	Duración del Pre-almacenaje:	Meses antes de Comenzar el Montaje
Comienzo Trabajo del Montaje		
Período de Prueba		
Período de Mantenimiento		
Tipo de Cobertura Requerida	Normal <input type="checkbox"/>	Amplia <input type="checkbox"/>
Terminación del Seguro		

XI. Los planos, diseños y materiales de este tipo han sido utilizados en:

Construcciones Previas:	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Construcciones Previas del (de los) Contratistas (s):	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
En caso dado, favor indicar datos sobre proyectos semejantes anteriores del (de los) contratista (s)		

XII. ¿Es esta una ampliación de la instalación ya existente? Si  No   
 En caso dado, durante el período de montaje (continuará en operación la planta existente ? (incluir planos) Si  No

XIII. ¿Están terminadas completamente los edificios y obras civiles de ingeniería? Si  No

XIV. Trabajo a ejecutar por el (los) contratistas


XV. Contestar también las siguientes siete (7) preguntas

1. Existe algún riesgo agravado de:

¿Incendio? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Explosión? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
--	---

2. Profundidad del nivel freático \_\_\_\_\_ metros del nivel del terreno

3. Río, lago, mar, etc., más cercanos:

Nombre:		
Distancia al Sitio de los Trabajos:		
Nivel de las Aguas:	Nivel mínimo:	Nivel Medio:
Nivel Máximo Registrado:	Fecha:	

4. Condiciones Metereológicas:

Temporada de lluvia:	Desde:	Hasta:
Precipitación pluviales máximas (mm):	Por Hora:	Por Día: Por Mes:
Riesgo de Tempestad:	Bajo <input type="checkbox"/>	Moderado <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/>

5. Riesgos de terremoto, volcánico, maremoto

	Si	NO
¿Si tiene antecedentes de volcanismo, maremoto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se han registrado en esta área terremotos, etc. En caso afirmativo indicar magnitud (Ritcher)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Existen fallas geológicas en la zona?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Condiciones del subsuelo:

Roca <input type="checkbox"/>	Grava <input type="checkbox"/>	Arena <input type="checkbox"/>	Arcilla <input type="checkbox"/>	Rellenos <input type="checkbox"/>
Otros	Explique			

7. Estimar, de ser posible, la pérdida máxima probable expresada en porcentaje de la suma asegurada en un evento.

Por Terremoto	Por Incendio	Por Otra Causa (especificar)

XVI. ¿Se requiere cobertura de equipo de construcción / montaje (andamios, cobertizos, herramientas, etc.)? Si  No

De ser así, favor describir brevemente y fijar su valor donde se indican las sumas aseguradas

XVII. ¿Se requiere cobertura de maquinaria de construcción / montaje (excavadoras, gruas)?

De ser así, favor agregar lista de maquinas mayores, indicando sus valores de reposición a nuevo e indicar el valor total

XVIII. Existen edificaciones y/o estructuras en o adyacentes a la obra, propiedad o mantenidas bajo cuidado, control, custodia del propietario y/o del (de los) contratista (s) que deban ser aseguradas contra pérdida en prevención de cualquier daño ocasionado por los trabajos ejecutados o por ejecutarse? Si  No

De ser así, favor describir exactamente estas edificaciones / estructuras, y fijar su valor abajo donde se indican las sumas aseguradas y límites

XIX. Desea incluir gastos adicionales (en caso de siniestro) por:

¿Flete expreso, horas extra, trabajo nocturno, trabajo en días festivos?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Flete aéreo?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

XX. Dar detalles si quiere alguna ampliación especial de la cobertura.

--

XXI. Indicar aquí las sumas que han de ser aseguradas y los límites de indemnización requeridos.

Moneda: Lempiras <input type="checkbox"/>	Dólares <input type="checkbox"/>	Euros <input type="checkbox"/>
---	----------------------------------	--------------------------------

COBERTURA PRINCIPAL A

Daños Materiales	
Items Asegurados	Sumas Aseguradas
Errores durante el montaje.	
Impericia, descuido y actos malintencionados de obreros y empleados del Asegurado o de extraños.	
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.	
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 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	
Incendio, rayo, explosión.	
Hundimiento de tierra o desprendimiento de tierra o de rocas.	
Cortocircuitos, arcos voltaicos, así como la acción indirecta de la electricidad atmosférica.	
Caída de aviones o parte de ellos.	
Otros accidentes durante el montaje y que no pudieran ser cubiertos bajo los amparos adicionales y, cuando se	

trate de bienes nuevos, también durante las pruebas de resistencia o de operación	
<b>COBERTURAS ADICIONALES</b>	
Cobertura<<B>> Daños causados directamente por terremoto, temblor y erupción volcánica.	
Cobertura<<C>> Daños causados directamente por ciclón, huracán, tempestad, vientos, inundación, desbordamiento y alza del nivel de aguas, maremotos y enfangamiento.	
Cobertura<<D>> Siempre que el Asegurado sea el fabricante o su representante, los daños causados por errores en diseño, defectos de construcción, fundición, uso de materiales defectuosos y defectos de mano de obra ocurridos en el taller del fabricante. Pero la Compañía no responderá por gastos en que tenga que incurrir el fabricante asegurado para corregir los errores o los defectos que originaron los daños.	
Cobertura<<E>> La responsabilidad civil extracontractual en que incurra el Asegurado por daños causados a bienes de terceros excluyendo aquellos que tenga confiados a su cuidado o en custodia y por los que sea responsable.	
Cobertura<<F>> La responsabilidad civil extracontractual por lesiones incluyendo la muerte, ocurridas a personas que no estén al servicio del Asegurado o del dueño del negocio para quien se esté haciendo el montaje o de otros contratistas o subcontratistas que estén llevando a cabo trabajos en el sitio del montaje, ni a los miembros de familia del Asegurado o de las personas antes dichas.	
Cobertura<<G>> Los gastos por concepto de desmontaje y remoción de escombros que sean necesarios después de ocurrir un siniestro amparado bajo la presente Póliza	
Equipo de Montaje	
Suma Asegurada Total	

**XXII. Indicar aquí los límites de indemnización requeridos para los siguientes riesgos:**

Límites de indemnización con respecto a cada una y todas las pérdidas o daños y/o series de pérdidas o daños resultantes de un solo y mismo evento.

Riesgos	Límite de Indemnización	Deducibles
Terremoto, vulcanismo, maremoto		
Tempestad, ciclón, crecida de aguas, inundación, deslizamiento de terreno		

**XXIII. Responsabilidad civil**

Límites de indemnización con respecto a cada una y todas las pérdidas o daños y/o series de pérdidas o daños resultantes de un solo y mismo evento.

Daños Materiales		
Items Asegurados	Sumas Aseguradas	Deducibles
1. Daños a terceros en sus personas		
2. Daños a terceros en sus bienes		
Límite de Indemnización Total		

Las declaraciones inexactas y las reticencias del contratante, relativas a circunstancias tales que el Asegurador no habría dado su consentimiento o no la habría dado en las mismas condiciones si hubiese conocido el verdadero estado de las cosas, serán causas de anulación del contrato, cuando el contratante haya obrado con dolo o culpa grave. Artículo No.1141 del Código de Comercio Vigente. Asimismo el Tomador de seguro declara que la información referente a su identificación es verídica y que puede ser confirmada en cualquier momento por esta Compañía. Igualmente el Intermediario de Seguros declara que ha corroborado la información personal del tomador del seguro y de haber tenido a la vista los documentos de identificación del mismo, en fe de lo cual firma.

Yo/Nosotros garantizamos que el (los) bien (es) antes mencionado (s) es/son de mi/nuestra propiedad y que las declaraciones hechas y los particulares proporcionados son verdaderos y que no se ha ocultado o suprimido ninguna información material y Yo/Nosotros estoy/estamos de acuerdo en aceptar una póliza sujeta a los términos, exclusiones y condiciones que en ella se indiquen.

Por la presente declaro (mos) que todo lo expuesto por mi(nosotros) en la Solicitud esta completo y concuerda con la verdad según nuestro leal saber y entender y por la presente estamos de acuerdo con que esta Solicitud constituya la base y forme parte de la póliza extendida en relación con el riesgo mencionado más arriba. Queda estipulado que el Asegurado solo será responsable en concordancia con los términos de la póliza y/o que el Asegurado no presentara ninguna otra reclamación de la naturaleza que fuera. El asegurador esta obligado a tratar esta información en un plano de estricta confidencia.

Lugar y Fecha

**XV. Firmas**

**Autorizo a LA COMPAÑÍA para que los documentos que acrediten la celebración de la póliza de seguro, incluyendo las condiciones generales o particulares, modificaciones realizadas a la misma, así como cualquier notificación relacionada a la operación, pueda ser remitida al correo electrónico indicado en esta solicitud.**

Nombre del Solicitante	Firma del Solicitante	Código y Firma del Intermediario

Esta solicitud esta sujeta a la aceptación del riesgo previa inspección del mismo.

**XVI. Favor adjuntar a esta solicitud copia de la siguiente documentación:**

- Registro Tributario Nacional (RTN)
- Permiso de Operación
- Acta constitutiva o escritura debidamente inscrita
- Identidad el apoderado legal
- RTN apoderado legal
- Carta de poder de representante legal
- Formato para detallar beneficiarios finales de personas jurídicas
- Copia de las identidades de los accionistas
- Formato de identificación clientes PEP

Queda a criterio de La Compañía solicitar información adicional a la detallada anteriormente cuando así lo considere.

Para futuras ofertas de aseguramiento:

Otros bienes potencialmente asegurables: