

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL VICIOS OCULTOS
SOLICITUD DE SEGURO

Póliza No.			Zona:		
Agencia:		Vigencia Desde:		Hasta:	
Persona Natural <input type="checkbox"/>		Comerciante Individual <input type="checkbox"/>		Persona Jurídica <input type="checkbox"/>	
Datos de Persona Natural / Representante Legal / Comerciante Individual					
COMO APARECE EN EL DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIFICACION					
Nombres:		Primer Apellido:		Segundo Apellido:	
D.N.I No.:		Tipo de Identificación:		Apellido de Casada:	
		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 (si aplica):				No. Identidad del Cónyuge	
Dirección Completa de Residencia:					
Departamento:			Municipio:		
Colonia:		Calle:		Avenida:	
Bloque No.:		Casa No.:		Teléfono de Residencia	
				No. De Celular	
Otras referencias o señas:					
Profesión, ocupación u oficio:					
Origen de los Recursos					
Actividad Económica Principal:					
Ocupación actual:		Asalariado		Pensionado	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		Estudiante		Independiente	
		<input type="checkbox"/>		<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 para personas expuestas políticamente (Nacional y extranjero)					
Cargo público desempeñado en los últimos cuatro (4) años e institución					
INSTITUCIÓN		CARGO PÚBLICO		PERÍODO	

Profesión u ocupación:

Dirección Completa de la Empresa

Departamento:	Municipio:	Ciudad:	Colonia / Barrio:
Calle:	Bloque:	Avenida:	Edificio:
Teléfono del Trabajo:	No. Fax:	Correo Electrónico:	Sitio Web:

Otras referencias o señas:

Información Financiera del Asegurado / Representante Legal

Especifique su fuente de ingresos: _____

Nivel Aproximado de ingreso según el Salario Mínimo Mensual Vigente (actividad principal):	¿Recibe ingresos diferentes a su actividad principal?
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: _____

Información de Seguros

Propósito del Seguro:

Mantiene pólizas suscritas con ésta u otra (s) aseguradora (s) Sí No

Nombre de la aseguradora:	Tipo (s) de seguro (s):	Suma (s) asegurada (s):
---------------------------	-------------------------	-------------------------

Datos del Beneficiario Final

¿Actúa en nombre propio?

Sí No

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

Nombre Completo	D.N.I / RTN	Parentesco	Relación (marque con x)	¿Es un PEP?
			Financiera <input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Datos Generales del Contratante

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

DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LAS ACTIVIDADES QUE REALIZA

INFORMACIÓN ADICIONAL

Ubicación exacta del lugar donde se realizarán los trabajos

Descripción del edificio, indicando el año de construcción y el número de pisos

Área de terreno donde se encuentran los edificios

Edificio No.1 ----- Mts.

Edificio No. 2 ----- Mts

Edificio No. 3 ----- Mts

Describir las colindancias y la distancia a que se encuentran:

Número de empleados:

Volumen de salarios pagados anualmente:

¿Existe en los predios un restaurante, bar o cafetería? Sí No

Descripción del equipo mecánico dentro de los predios

RIESGOS CUBIERTOS	VALOR A ASEGURAR	DEDUCIBLES
<p>La Compañía pagará, en nombre del Asegurado, el daño patrimonial directo, sin incluir pérdidas consecuenciales, causado por el constructor o desarrollador al comprador de la vivienda nueva adquirida a través de créditos hipotecarios individualizados, es decir, aquellos efectos o vicios que no eran detectables al momento de la aceptación de la obra, aplicando el estándar de diligencia respectivo, y que se manifiestan en un momento posterior, en el entendido que los vicios ocultos deben ser relevantes o de magnitud para generar responsabilidad al contratista.</p> <p>Los riesgos amparados en la cobertura para vivienda nueva, son aquellos a consecuencia de:</p> <ul style="list-style-type: none">• Habitabilidad• Seguridad		

Cobertura de Habitabilidad:

Defectos por vicios de construcción por hechura o diseño, mala calidad de los materiales empleados en instalaciones fijas o inmuebles por destino, por ejemplo:

- Instalaciones sanitarias
- Hidráulicas
- Eléctricas
- Gas
- Impermeabilización

Cobertura de Seguridad:

Defectos por vicios del suelo en el cual se fabricó:

- Por mecánica de suelos
- Por comportamiento mecánico de estructura
- Por diseño estructural
- Por resistencia de materiales

COSTOS LEGALES Y DEFENSA DEL RECLAMO

La **Compañía** pagará los costos en que incurra el asegurado con la previa autorización de la **Compañía** para la defensa de cualquier reclamo que le sea formulado o presentado aun cuando los hechos que den lugar al reclamo no tengan fundamento, fueran falsos o fraudulentos; la **Compañía** pagará los costos en la medida en que se vayan incurriendo y siempre y cuando los hechos y circunstancias que den origen a las reclamaciones no se encuentren desprovistos de cobertura o se encuentren excluidos de la cobertura ofrecida por la presente póliza.

Si se llegare a determinar que los costos no están cubiertos por esta póliza, el asegurado deberá reembolsar la integridad de los mismos a la Aseguradora. Para el efecto, al momento en que la **Compañía** apruebe y proceda a desembolsar los costos, el asegurado suscribirá a favor de la Aseguradora, un documento en este sentido.

El asegurado designará un abogado para asumir la defensa, mas no incurrirá en costos, sin contar previamente con el consentimiento por escrito de la **Compañía** tanto con respecto al abogado que adelantará la defensa como respecto del monto de los honorarios que se le pagarían. Será obligación del asegurado y no de la **Compañía** a asumir la defensa del reclamo. El asegurador tendrá el derecho de nombrar en cualquier momento un ajustador, representante o un abogado y a hacer todas y tantas investigaciones y defensas de un reclamo como considere necesario.

En caso que la Aseguradora **Compañía** en ejercicio del anterior derecho haya asumido la defensa del asegurado será igualmente su derecho devolver el control de la defensa del reclamo al asegurado en cualquier momento en que la **Compañía** lo considere sin que el asegurado pueda negarse a retomar la defensa de dicho reclamo.

El límite o sublímite de responsabilidad de la **Compañía** establecido para la cobertura de costos legales y defensa del reclamo en la carátula de la póliza y/o en sus condiciones particulares son parte integral de la misma, y no ofrecen cobertura adicional al límite de

responsabilidad de la Aseguradora; en consecuencia, el pago por parte de la Compañía de tales costos reduce el límite de responsabilidad aplicable.		
Estos costos están sujetos a los deducibles expresamente indicados en la carátula de la póliza y/o en sus condiciones particulares o cualquier anexo o endoso.		

DETALLE DE PRIMA

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 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)	
_____	_____	_____
Nombre del Intermediario	Firma del Intermediario	

Código del Intermediario No. _____

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.