

## SOLICITUD DE SEGURO CONTRA TODO RIESGO DE MONTAJE

Tipo de Persona:  Natural  Jurídica  Comerciante Individual

### Para Uso Exclusivo de la Compañía

Tipo Relación/Rol:  Contratante  Afianzado  Asegurado  Acreedor  Reasegurador  Intermediario  
 Beneficiario  Apoderado  Proveedor  Corredor de Reaseguro  Otro. \_\_\_\_\_

ID Cliente  Categoría Riesgo  Cliente:  Nuevo  Existente  
 ID Acreedor  Categoría Riesgo  Cliente:  Nuevo  Existente  
 No. Trámite  No. Oferta  No. Póliza

### 1. Datos Personales del Asegurado o del Representante Legal

Apellidos  Nombres   
 Fecha Nacimiento  Edad  Lugar de Nacimiento   
 Sexo:  Femenino  Masculino Estado Civil:  Soltero (a)  Casado (a)  Divorciado (a)  Viudo (a)  
 No. Identificación  No. R.T.N.   
 Tipo Identificación:  Cédula  Pasaporte  Residencia No. Seguro Social   
 Ocupación  1ra. Nacionalidad   
 Profesión  2da. Nacionalidad   
 ¿Se ha desempeñado como funcionario público en un puesto con poder de decisión o con acceso a recursos públicos?  Si  No  
 Ocupación PEP'S  Nombre Institución   
 ¿Algún pariente suyo se ha desempeñado como funcionario público en un puesto con poder de decisión o con acceso a recursos públicos?  Si  No  
 Si su respuesta es si: Nombre \_\_\_\_\_ Identificación \_\_\_\_\_

### Dirección de Domicilio

Barrio / Colonia  Avenida  Calle   
 Bloque No.  Casa / Edificio No.  Municipio   
 Departamento  País   
 Otras referencias de la dirección

### Contacto Directo con el (la) Solicitante del Seguro

Tel. Casa  Correo Personal   
 Celular  Forma de Contacto:  Tel. Casa  Celular  Correo electrónico  
 Autoriza a Seguros LAFISE a enviar información a mi correo electrónico?  Si  No

### Datos del Cónyuge

Apellidos  Nombres   
 Teléfono Casa  No. Identificación   
 Celular  Correo Electrónico   
 Ocupación Actual  Profesión   
 ¿Trabaja?  Si  No  
 Lugar de Trabajo  Teléfono   
 Dirección de Trabajo

### Datos laborales (Actividad Económica)

Nombre Empresa   
 Tipo de Actividad  Explicar   
 Ámbito de Negocio  Origen de Fondos   
 Cargo o Posición  Fecha Ingreso

### Dirección del Trabajo de asegurado o Representante Legal

Barrio / Colonia  Avenida  Calle   
 Bloque No.  Casa/Edificio No.  Municipio   
 Departamento  País   
 Tel. Empresa  Correo Electrónico Trabajo

Tipo Contratación:  Permanente  Temporal Moneda de ingresos:  Lempiras  Dólares  Euros

### Nivel aproximado de Ingresos según el salario mínimo mensual vigente (SMMV)

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

Actividad:  Ama de Casa  Asalariado  Comerciante Individual  Pensionado  Negocio Propio  
 Estudiante  Jubilado  Renta de Bienes  Socio  Otra \_\_\_\_\_

Origen de Fondos:  Ahorro  Empresa  Honorarios Legales  Pensión  Salario  
 Dependientes  Herencia  Negocio Propio  Jubilación  Renta de Bienes  
 Socio  Otros: \_\_\_\_\_

### Datos de la persona de quién depende económicamente

Apellidos  Nombres   
 No. Identificación  Tipo de Dependencia  Tutor  Representante Legal  
 Tipo Identificación:  Cédula  Pasparte  Residencia Origen de Ingresos   
 Actividad Económica  Ocupación

## 2. Datos Generales de Persona Jurídica

Denominación Social

Nombre Comercial

Registro Mercantil Matricula No.  Inscripción con Presentación No.

No. Identificación  Tipo de identificación:  R.T.N.  Otra.

Fecha de Constitución  Lugar de Constitución

País Origen  Países en que opera

**Actividad:**  Agrícola  Civil  Comercial  Construcción  Religiosa  Entidad Pública  
 Industrial  Servicios  Servicios Financieros  Turismo  Transporte  Otra

Explicar Actividad /Giro del Negocio

Tipo de Empresa:  Pública  Privada  Otra

Localidad Económica:  Local  Nacional  Americana  Internacional

Ámbito de Negocio:  Negocios Locales  Negocios Regionales  Negocios Multinacionales

¿Pertenece a un Grupo Económico o financiero?  Si  No Nombre del Grupo

Total Activos  Ingresos Anuales

Moneda de Ingreso:  Lempiras  Dólares  Euros

### Dirección de la Empresa

Barrio / Colonia  Avenida  Calle

Bloque No.  Edificio No.  Municipio

Departamento  País

#### Otras referencias

### Dirección de Cobro de la Empresa

Barrio / Colonia  Avenida  Calle

Bloque No.  Casa / Edificio No.  Municipio

Departamento  País

#### Otras referencias

### Contacto

Tel. Empresa 1  Correo Electrónico

Tel. Empresa 2  Página Web

Fax  Nombre del contacto

### Composición Accionaria:

Nombre del Accionista	No. Identificación	Es PEP'S?	% de Acciones	Monto Acciones
		Si___ No___		
			<b>Total Acciones</b>	

Especificar Beneficiario Final o Controlante de la Sociedad

### Miembros de la Junta Directiva

Nombre Completo	No. Identificación	Cargo en la Junta

**NOTA:** Si la información es mayor a las líneas disponibles para describir, favor adjuntar la información en documento aparte.  
 Establecer la estructura de acciones "Al Portador", cuando aplique.

## 3. Referencias Bancarias o Comerciales

Nombre de la Institución	Teléfono	Tiempo de la Relación Comercial



**11. Datos Adicionales**

1	Descripcion de la obra o montaje y uso:	
2	Nombre de los fabricantes de las principales maquinas a montar:	
3	Descripcion de las principal maquinas a montar:	
4	¿Qué experiencia tienen los constructores principales en este tipo de trabajo?	
5	¿Qué tipo de cimentacion se usara?	¿Cuale es el nivel Freatico de la Zona?
6	Indique el nivel de la excavacion mas profunda:	
7	Fecha de inicio del montaje: _____ Dia/ Mes /Año	Fecha de Terminacion del montaje: _____ Dia/ Mes /Año
8	Durante que periodo se almacenaran los equipos o materiales a instalar antes de Iniciar el montaje:	
9	Periodo del montaje o construccion (por àrea):	Periodo de pruebas:
10	Periodo del montaje o construccion (por àrea):	Periodo de Mantenimiento:
11	Tipo de construccion por area ( incluir plano general, copia de contrato y programa de obra):	
12	¿ Es esta una ampliacion a las instalaciones ya existentes? Si <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
13	¿ Estàn ya terminados los edificio y los trabajos de ingeniera civil? Si <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
14	Indique nombres y distancias a los rios, lagos o mares mas cercanos:	
15	Registro de Lluvias: a) ¿ Se presentan ciclones, huracanes o tornados en la zona? Si <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Indicar en que Periodo del Año: _____ b) ¿ Velocidades maximas de viento registradas en los ultimos 10 años: c) Indique el periodo de lluvias y la precipitación maxima y media registrada:	
16	Registro de Temblor: a) ¿ Se han registrado temblores en el area de los trabajos a ejecutar? b) Indique la magnitud de los temblores: c) ¿ Se basan los calculos estructurales a las normas antisismicas vigentes? Si <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> d) Condiciones del Subsuelo: Roca <input type="checkbox"/> Grava <input type="checkbox"/> Arcilla <input type="checkbox"/> Relleno <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>	
17	¿ Existen bienes cercanos que pueden ser dañados por los trabajos a ejecutar bajo el contrato? Si <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> a) Indique que bienes son propiedad de terceros: _____ b) Indique que bienes son propiedad del/los contratistas(s) _____ c) Indique que bienes son propiedad del comitente: _____	

**12. Otros**

Siniestros ocurridos en los últimos tres años: \_\_\_\_\_

**13. Detalle de prima del seguro y convenio de pagos**

Descripción	Monto de Prima	Convenio de pagos
Prima Neta		No. De pagos _____ Frecuencia de Pago _____
Impuesto Sobre Ventas		
Gastos de Emisión		Primer pago de _____ y Pagos de _____
<b>Prima total</b>		

No obstante el convenio de pagos especiales arriba indicado, la Compañía se reserva el derecho de exigir al Asegurado el pago total del saldo pendiente al ocurrir un siniestro total o parcial, amparado conforme las Condiciones Generales de la Póliza.

**9. Beneficiarios de la Póliza**

	Nombre del Beneficiario	No. Identificación	Parentesco	Porcentaje
1)				
2)				
3)				
4)				
5)				
<b>Total Designado</b>				

**10. Vigencia del Seguro:**Desde: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a las 12:00 del mediodía  
Día Mes AñoHasta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a las 12:00 del mediodía  
Día Mes Año

**Agravación del Riesgo:** El Asegurado deberá comunicar a La Compañía las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las veinticuatro horas (24) horas siguientes al momento en que las conozca, a efecto de que ésta fije la sobreprima que pueda resultar en caso de aceptación del riesgo agravado. Si el Asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de La Compañía en lo sucesivo, responsabilidad que concluirá quince (15) días después de comunicar tal decisión al Asegurado.

El Seguro entrará en vigor al ser aprobada y emitida esta solicitud por Seguros Lafise Honduras, S.A.

**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 esta solicitud es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente.
3. Acepto el hecho que de demostrarse falso testimonio de la información aquí presentada, la Compañía de Seguros está facultada a dar por terminado la relación según se indica en el artículo 1141 del Código de Comercio, sin que esto implique responsabilidad alguna de la Compañía Aseguradora frente al asegurado.
4. Hago constar que conozco, doy fe de haber leído, entendido y que por tanto acepto todas y cada una de las condiciones generales y especiales que forman parte de la póliza.

Autorizo a Seguros Lafise Honduras, Sociedad Anónima (Seguros Lafise, S.A.) para verificar, por cualquier medio legal, toda la información que he proveído para efectos de las relaciones o seguros que sustentan esta solicitud.

**COMO CONSTANCIA DE HABER LEIDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACION QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO LA PRESENTE SOLICITUD.**

**Lugar y Fecha:** \_\_\_\_\_

**Firma del Solicitante o Del Representante Legal:** \_\_\_\_\_

**Nombre del Intermediario:** \_\_\_\_\_ **% De Comisión:** \_\_\_\_\_

**No. Registro CNBS:** \_\_\_\_\_ **Firma del Intermediario:** \_\_\_\_\_

**Nombre del Sub Agente:** \_\_\_\_\_ **Nombre del Promotor:** \_\_\_\_\_

**Mercado:** \_\_\_\_\_

**Revisado por:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Revisión:** \_\_\_\_\_

**Aprobado por:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Aprobación:** \_\_\_\_\_

**Observaciones:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_