

SOLICITUD DE MONTAJE

A) DATOS DEL ASEGURADO O REPRESENTANTE LEGAL

| | | | | |
|--|--|---|---|--|
| Nombre Completo (según Identificación) | | | | |
| Lugar de Nacimiento | Fecha de Nacimiento Día Mes Año | | Sexo M <input type="radio"/> F <input type="radio"/> | Nacionalidad 1 Nacionalidad 2 |
| Número de Identificación | Tipo de Identificación Tarjeta de Identidad <input type="radio"/> Pasaporte <input type="radio"/> Carnet de Residente <input type="radio"/> | | | No. de RTN |
| Correo electrónico | Estado Civil | | Nombre del conyuge (si aplica) | |
| Dirección completa de residencia actual | | | Municipio actual | Departamento actual |
| | | | Teléfono de residencia | Número de celular |
| Profesión,oficio o actividad económica | Nombre de la empresa donde labora | | Posición o cargo que desempeña | |
| Tiempo de laborar en la empresa | Nombre del negocio (si es propietario) | | Giro o actividad economica del Negocio (si aplica) | |
| Dirección completa de la empresa (calle, avenida, N° local, zona, referencias) | | | Direccion completa del negocio (si aplica) | |
| Municipio | Departamento | | | |
| Giro o actividad económica de la empresa | Teléfono de la empresa | | Correo electrónico empresarial | |
| A que se dedica Asalariado <input type="radio"/> Independiente <input type="radio"/> Rentista <input type="radio"/> Si es estudiante indique el nombre de la persona de quien depende económicamente _____ | | | | |
| Socio <input type="radio"/> Pensionado <input type="radio"/> Jubilado <input type="radio"/> Estudiante <input type="radio"/> Otros <input type="radio"/> Especifique _____ | | | | |
| Cuantos salarios mínimos representa su ingreso mensual? De 0 - 3 <input type="radio"/> De 4 - 6 <input type="radio"/> De 7 - 10 <input type="radio"/> De 11 - 20 <input type="radio"/> De 21 - 50 <input type="radio"/> De 50 en adelante <input type="radio"/> | | ¿Recibe ingresos diferentes a su actividad economica ? SI <input type="radio"/> Si su respuesta es SI detalle: Fuente de ingresos: _____ Valor mensual estimado: _____ | | ¿Realiza transacciones en moneda extranjera? Tipo de moneda: Dólar <input type="radio"/> Euro <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> |

B) DATOS DE PERSONA JURIDICA

| | | | |
|--|----------------------|---|---|
| Razón o Denominación Social | | Nombre Comercial | Número de RTN |
| Dirección completa de la empresa | | | Municipio Departamento |
| Teléfono de la empresa | Sitio Web | Especifique la procedencia de sus fondos | Registro: Asiento <input type="radio"/> Tomo <input type="radio"/> Matricula <input type="radio"/> Número: |
| Giro o actividad económica de la empresa | País de Constitución | Tiene sucursales? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Donde? _____ | |

INFORMACION FINANCIERA (marque con una X los valores que correspondan)

| Rango de Ingresos y Egresos | Total ingresos anuales | Total egresos anuales | Rango de Activos y Pasivos | Total Activos | Total Pasivos | Detalle el nombre de 2 proveedores principales de la empresa |
|-------------------------------|------------------------|-----------------------|--------------------------------|---------------|---------------|--|
| No tiene | | | No tiene | | | 1 |
| Menos de L. 20,000.00 | | | Menos de L. 500,000.00 | | | 2 |
| L.20,000.00 a L. 50,000.00 | | | L.500,000.01 a L. 1 millón | | | |
| L.50,000.01 a L. 100,000.00 | | | L.1,000,000.01 a L. 5 millones | | | |
| L.100,000.01 a L. 500,000.00 | | | L.5,000,000.01 a L.10 millones | | | Detalle 2 referencias bancarias o comerciales: |
| L.500,000.01 a L. 1 millón | | | 10,000,000.01 a L.25 millones | | | 1 |
| L. 1,000,000.01 a 10 millones | | | 25,000,000.01 a L.50 millones | | | 2 |
| L.10,000,000.00 a 50 millones | | | 50,000,000.01 a L.100 millones | | | |
| Mas de 50 millones | | | Más de 100 millones | | | |

ESTRUCTURA ACCIONARIA DE LA EMPRESA

| Describa nombre de los accionistas y % de participación: | No. de identificación | Si entre los accionistas de la empresa hay otra empresa describa sus accionistas y % de participación: |
|--|-----------------------|--|
| 1.- | | 1.- |
| 2.- | | 2.- |
| 3.- | | 3.- |
| 4.- | | 4.- |
| 5.- | | 5.- |
| 6.- | | 6.- |

C) FATCA

| | |
|--|--|
| Tributa para el Gobierno de EUA? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> | Numero de Identificación Tributario (TIN)/Numero de Seguro Social (SSN) (si aplica) [] [] [] [] - [] [] [] [] [] [] [] [] |
|--|--|

D) PERSONAS EXPUESTA POLITICAMENTE (PEP)

| | | |
|---|--------|--------------|
| Ha desempeñado algun cargo público en los últimos 4 años? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> | Cargo: | Institución: |
|---|--------|--------------|

En caso positivo llenar el formato Adicional de Información (PEP)

E) VIGENCIA DEL SEGURO

| |
|--|
| Desde _____ A las 12:00 . Hasta _____ A las 12:00 m. |
|--|

F) OTROS SEGUROS

| |
|--|
| (Tiene otros seguros para este mismo riesgo) Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> |
|--|

Si-es "SI" Con cual Compañía _____ Monto _____

Le ha sido cancelado un seguro Sí No Motivo de Cancelación _____

¿Qué tipo de seguro? _____

G) Datos del Beneficiario Preferente:

Nombre Completo del Beneficiario _____ Número de Identificación _____

Participación _____

H) ESPECIFICACIONES DEL RIESGO

Título del Contrato (si el proyecto consiste en varias secciones, especificar las mismas) _____

I) Ubicación del Montaje

Colonia: _____ Calle: _____ Avenida _____ Bloque _____ Casa No. _____

Telefono: _____ Celular: _____ E-mail _____ Apartado postal _____

Pais _____ Departamento _____ Ciudad _____ Municipio _____

J) Nombre y direccion del Propietario del proyecto

Persona Natural Persona Jurídica Razón Social:

Nombre como aparece en el documento de Identificación: _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____ Nombres _____

Identidad R.T.N. Carnet de Residencia Pasaporte Identificación No. _____

Colonia: _____ Calle: _____ Avenida _____ Bloque _____ Casa No. _____

Telefono: _____ Celular: _____ E-mail _____ Apartado postal _____

Pais _____ Departamento _____ Ciudad _____ Municipio _____

K) Nombre y direccion del (de los) contratista (s) principal (es)

Persona Natural Persona Jurídica Razón Social:

Nombre como aparece en el documento de Identificación: _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____ Nombres _____

Identidad R.T.N. Carnet de Residencia Pasaporte Identificación No. _____

Colonia: _____ Calle: _____ Avenida _____ Bloque _____ Casa No. _____

Telefono: _____ Celular: _____ E-mail _____ Apartado postal _____

Pais _____ Departamento _____ Ciudad _____ Municipio _____

L) Nombre y direccion del (de los) subcontratista (s)

Persona Natural Persona Jurídica Razón Social:

Nombre como aparece en el documento de Identificación: _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____ Nombres _____

Identidad R.T.N. Carnet de Residencia Pasaporte Identificación No. _____

Colonia: _____ Calle: _____ Avenida _____ Bloque _____ Casa No. _____

Telefono: _____ Celular: _____ E-mail _____ Apartado postal _____

Pais _____ Departamento _____ Ciudad _____ Municipio _____

M) Nombre y direccion del la firma supervisora del montaje

Persona Natural Persona Jurídica Razón Social:

Nombre como aparece en el documento de Identificación: _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____ Nombres _____

Identidad R.T.N. Carnet de Residencia Pasaporte Identificación No. _____

Colonia: _____ Calle: _____ Avenida _____ Bloque _____ Casa No. _____

Telefono: _____ Celular: _____ E-mail _____ Apartado postal _____

Pais _____ Departamento _____ Ciudad _____ Municipio _____

N) Nombre y dirección del ingeniero consultor

Persona Natural Persona Jurídica Razón Social:

Nombre como aparece en el documento de Identificación: _____ Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____ Nombres _____

Identidad R.T.N. Carnet de Residencia Pasaporte Identificación No. _____

Colonia: _____ Calle: _____ Avenida _____ Bloque _____ Casa No. _____

Telefono: _____ Celular: _____ E-mail _____ Apartado postal _____

Pais _____ Departamento _____ Ciudad _____ Municipio _____

Ñ) Riesgos de terremoto, volcánico, maremoto

¿Si tiene antecedentes de volcanismo, maremoto? SI NO

Se han registrado en esta área terremotos, etc. En caso afirmativo indicar magnitud (Ritcher) SI NO

¿Existen fallas geológicas en la zona? SI NO

O) Condiciones del subsuelo:

Roca Grava Arena Arcilla Rellenos

Otro _____

Explique

P) Estimar, de ser posible, la perdida maxima probable expresada en porcentaje de la suma asegurada en un evento.

Por Terremoto

Por Incendio

Por Otra Causa (especificar)

¿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

¿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

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

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

¿Flete expreso, horas extra, trabajo nocturno, trabajo en días festivos? SI NO
Flete expreso, SI NO

Dar detalles si quiere alguna ampliación especial de la cobertura.

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

Moneda: Lempiras Dólares Euros

Daños Materiales

Items Asegurados

Sumas Aseguradas

1. Objetos de montaje, clasificados como sigue:

Bienes a montar

Fletes

Derechos aduaneros e impuestos

Costos de montaje

2. Trabajos de ingeniería civil

3. Equipo de construcción/montaje

4. Remoción de escombros (límite de indemnización)

Propiedad localizada en las posesiones del propietario o mantenida bajo cuidado,

custodia o control

Suma Asegurada Total

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)

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).

R) 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

Terminación del Seguro

S) Los planos, diseños y materiales de este tipo han sido utilizados en:

Construcciones Previas SI NO

Construcciones Previas del (de los) Contratistas (s) SI NO

En caso dado, favor indicar datos sobre proyectos semejantes anteriores del (de los) contratista (s)

¿Es esta una ampliación de la instalación ya existente?

SI

NO

En caso dado, durante el periodo de montaje (continuará en operaciones la planta existente ? (incluir planos) SI

NO

Trabajo a ejecutar por el (los) contratistas

Contestar también las siguientes siete (7) preguntas

1. Existe algún riesgo agravado de:

¿Incendio?

SI

NO

Explosion

SI

NO

2. Profundidad del nivel freático

metros del nivel del terreno

3. Río, lago, mar, etc., mas cercanos

Nombre:

Distancia al Sitio de los Trabajos:

Nivel de las Aguas:

Nivel mínimo:

Nivel Medio:

Nivel de las Aguas:

Fecha:

T) Condiciones Meteorológicas:

Temporada de lluvia:

Desde:

Hasta:

Precipitación pluviales máximas (mm):

Por Hora:

Por Día:

Por Mes:

Riesgo de Tempestad:

Bajo

Moderado

Alto

U) 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 | | |

V) 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

| Ítems Asegurados | Sumas Aseguradas | Deducibles |
|-----------------------------------|------------------|------------|
| Daños a terceros en sus personas | | |
| 2. Daños a terceros en sus bienes | | |
| Límite de Indemnización Total | | |

Declaro que toda las contestaciones anteriores son exactas, han sido escritas y/o dictadas por mí, personalmente y son completas y verídicas y acepto que sean consideradas como base para la contratación del seguro y/o fianza que solicito, por lo cual, autorizo a Seguros Continental a consultar y reportar, en cualquier tiempo, en las centrales de riesgos públicas o privadas toda la información relevante para conocer mi desempeño como deudor, capacidad de pago y valorar el riesgo futuro de concederme un crédito. Asimismo declaro que he sido enterado y acepto las Condiciones Generales antes descritas, misma que figuran en la póliza y fianza solicitada.

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 este formato es veraz y verificable y me obligo actualizarla cuando la institución lo solicite; 3. Acepto el hecho que de demostrarse falso testimonio en la información aquí presentada, Seguros Continental SA está facultada a dar por terminado el contrato de seguro según se indica en el Artículo 1141 del Código de Comercio, sin que esto implique responsabilidad alguna de la Aseguradora frente al asegurado, 4. Estatus Residencial. En caso de ocurrir algún cambio en mi estatus de país de residencia o ciudadanía me comprometo a notificarlo a la aseguradora.

LUGAR Y FECHA

FIRMA DEL CLIENTE

FIRMA Y NO. DE AGENTE

W) PARA USO EXCLUSIVO DEL CANAL DE VENTA

CANAL DE VENTA: INSTITUCION FINANCIERA NEGOCIOS SEGCON CORREDURIA LICITACION OTROS (especifique):

| | | | | |
|---|---------------------|----------------------------|-------------------------|------------------|
| Nombre del asesor y/o correduría que entrevistó | Fecha de entrevista | Fecha entrega área técnica | Firma del entrevistador | Firma Supervisor |
| Observaciones: | | | | |

X) PARA USO EXCLUSIVO DE LA ASEGURADORA

| | | | | |
|---------------|---------------|----------------|-------------|---|
| No° de póliza | Certificado # | Suma Asegurada | Prima Anual | Nombre, firma y sello del oficial que recibe. |
|---------------|---------------|----------------|-------------|---|