

## SOLICITUD SEGURO PARA EQUIPO Y MAQUINARIA DE CONTRATISTAS PERSONA JURIDICA

Póliza No.		Vigencia Desde:		Hasta:		Categoría:	
Agencia:		Vigencia Desde:		Hasta:		Hora:	
Persona Jurídica <input type="checkbox"/>	APNFD <input type="checkbox"/>	Empresa de Gobierno <input type="checkbox"/>	ONG <input type="checkbox"/>	Entidad Supervisada <input type="checkbox"/>	PEP <input type="checkbox"/>		
<b>A. Datos Generales del Tomador del Seguro / Representante Legal</b>							
<b>COMO APARECE EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD</b>							
Razón o denominación social		Nombre Comercial		Fecha de Constitución Día / Mes / Año		RTN de la Empresa	
No. De Inscripción en el Registro Mercantil				Objeto Social y/o Actividad Económica			
Nombres:			Primer Apellido:		Segundo Apellido:		Apellido de Casada:
Lugar de Nacimiento:		Municipio	Departamento		País	Nacionalidad (es):	
Fecha de Nacimiento: Día: _____ Mes: _____ Año: _____			Edad:	RTN:	Número de Identificación:		
Género Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>		Tipo de Identificación: Tarjeta de Identidad <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Carnet de Residente <input type="checkbox"/>					
Estado Civil:							
Soltero (a) <input type="checkbox"/>	Casado (a) <input type="checkbox"/>	Viudo (a) <input type="checkbox"/>	Unión Libre <input type="checkbox"/>	Divorciado (a) <input type="checkbox"/>	Separado (a) <input type="checkbox"/>		
Nombre completo del Cónyuge:					No. Identidad del Cónyuge		
<b>Dirección Completa de Residencia:</b>							
Departamento:		Municipio:		Ciudad:			
Colonia:		Calle:	No. De Casa:	Avenida:			
Bloque No.:		Bloque No.:	Teléfono de Residencia		No. De Celular		
Otras referencias o señas:							
Teléfono fijo:		Celular:		No. Fax:	Otro Teléfono:		
Correo Electrónico:				Ocupación u Oficio:			
<b>Origen de los Recursos</b>							
Actividad Económica Principal:							
Ocupación actual: Asalariado <input type="checkbox"/>		Jubilado: <input type="checkbox"/>		Estudiante <input type="checkbox"/>		Independiente <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							
<b>INSTITUCIÓN</b>		<b>CARGO PÚBLICO</b>				<b>PERÍODO</b>	
Profesión u ocupación:							
<b>Dirección Completa de la Empresa</b>							
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):**

- 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: \_\_\_\_\_

**Información de Seguros**

Propósito del Seguro:

Mantiene pólizas suscritas con esta 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?

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)	¿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? Si  No  ¿Dónde? (Anexe detalle en caso de ser necesario)

¿La empresa previene y controla el Lavado de Activos y Financiamiento al Terrorismo?

Si  No

Si su respuesta es afirmativa, cómo lo hace? Seminarios  Capacitaciones  Charlas  Cursos

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? Si <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?

Si  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? SI  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? Si <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?

Si  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)

**Favor indicar los miembros que forman parte de la Junta Directiva y/o Consejo de Administración (control de la sociedad)**

Nombre Completo y/o Razón Social	Tipo de Identificación	No. De Identificación	Origen de los Fondos	Participación %	¿Es un PEP? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

¿Alguno de los miembros de la Junta Directiva y/o Consejo de Administración detallados son figura pública nacional o extranjera; o bien tiene uno de los anteriores un familiar en primer grado de consanguinidad o afinidad?

Si  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

**CARACTERISTICAS DE LA MAQUINARIA (Favor anexar detalle en caso de querer asegurar varios equipos)**

Marca de Fábrica	Tipo	Modelo
Año de Fabricación	No. de Serie	No. De Motor
No. De Placa	Capacidad de Pasajeros	Fecha de Adquisición
Estado en que lo adquirió	Forma de Compra	
La maquinaria la guarda en: Durante el día	Durante la noche	

El equipo y maquinaria a asegurar están en parte o totalmente alquilados? Si  No  En caso afirmativo, indicar nombre y dirección del propietario

El equipo y la maquinaria están expuestos en forma extraordinaria a riesgos especiales?

Incendio, explosión Si  No  Terremotos, volcanismo, maremotos Si  No  Huracán / ciclón Si  No   
 Avenida / Inundación Si  No  Derrumbes Si  No  Uso de explosivos Si  No   
 Labores en Montañas Si  No  Labores subterráneas Si  No  Otros, especifique

Desea usted que la cobertura incluya gastos adicionales para:

Horas extra, trabajo nocturno, trabajo en días festivos Si  No  Límite de indemnización para tales gastos

Desea usted asegurar el transporte dentro del país? Si  No  En caso afirmativo, especificar

Valor Máximo por cada medio de Transporte

PRIMA NETA: IMPUESTOS: GASTOS:

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

**DETALLE DE MAQUINARIA VALOR A ASEGURAR DEDUCIBLES**

DETALLE DE MAQUINARIA	VALOR A ASEGURAR	DEDUCIBLES

**Declaraciones y Autorizaciones del Asegurado o Titular de la Póliza**

Declaro que toda la información que he brindado es exacta, completa y verídica, en la misma se funda el principio de buena fe, bajo el cual se suscribe el Contrato del Presente Seguro.

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. 1141 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 - Certificado, Carátula, 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**  
(Huella digital si no puede escribir)

\_\_\_\_\_  
**Firma del Titular de la Póliza**  
(Huella digital si no puede escribir)

\_\_\_\_\_  
**Sello de la Empresa**

\_\_\_\_\_  
**Nombre del Intermediario**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Intermediario**

**Código No.** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Nombre del Oficial de Negocios**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Oficial de Negocios**

**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.

