

SOLICITUD SEGURO PARA EQUIPO Y MAQUINARIA DE CONTRATISTAS PERSONA NATURAL

Póliza No.:		Categoría:	
Agencia:	Vigencia Desde:	Hasta:	Hora:
Persona Natural <input type="checkbox"/>	Comerciante Individual <input type="checkbox"/>	APNFD <input type="checkbox"/>	PEP <input type="checkbox"/>
Datos del Autorizado para Contratar / Persona Natural			
COMO APARECE EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD			
Nombres:	Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Apellido de Casada:
Identidad No.:	Tipo de Identificación:	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"/>	Femenino <input type="checkbox"/>	Soltero (a) <input type="checkbox"/>	Casado (a) <input type="checkbox"/>
		Viudo (a) <input type="checkbox"/>	Unión Libre <input type="checkbox"/>
Nombre completo del Cónyuge:		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 <input type="checkbox"/>	Pensionado: <input type="checkbox"/>	Ama de casa <input type="checkbox"/>	Estudiante <input type="checkbox"/>
			Independiente <input type="checkbox"/>
Si el asegurado es estudiante o ama de casa, favor proporcionar la siguiente información:			
Información de la persona de quien depende económicamente			
Primer Nombre:	Segundo Nombre:	Primer Apellido:	Segundo Apellido:
			Apellido de Casada:
No. De Identidad:	Actividad Económica que Desarrolla:		Parentesco o Afinidad:
Información Financiera del Asegurado y/o Representante Legal			
Especifique su fuente de ingresos: _____			
Nivel Aproximado de ingreso según el Salario Mínimo Mensual Vigente (actividad principal): De 0 - 3 <input type="checkbox"/> De 4 - 6 <input type="checkbox"/> De 7 - 10 <input type="checkbox"/> De 11 - 20 <input type="checkbox"/> De 21 - 50 <input type="checkbox"/> De 50 en adelante <input type="checkbox"/>		Recibe ingresos diferentes a su actividad principal? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si su respuesta es SI detalle: Fuente de ingresos: _____ Valor mensual estimado: _____ Realiza transacciones en moneda extranjera? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tipo de moneda: Dólar <input type="checkbox"/> Euro <input type="checkbox"/> Otra: _____	
Datos Laborales			
Nombre de la empresa donde labora:		Posición / cargo que desempeña:	Tiempo de laborar en la empresa:
Dirección completa de la empresa donde labora:			
Teléfono del trabajo:	Fax No.:	Correo electrónico:	Sitio Web:
Departamento:	Municipio:	Ciudad:	Colonia / barrio:
Calle:	Bloque:	Avenida:	Edificio:

Específicamente detalle su fuente de ingresos:

Es usted una persona expuesta públicamente (PEP) Sí No

En caso de que su respuesta sea afirmativa, completar el formulario de identificación y vinculación para personas expuestas políticamente (Nacional y extranjero)

Mantiene pólizas suscritas con esta u otra (s) aseguradora (s)? Si No Especifique:

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)	
			Financiera	Personal

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 _____ Forma de Compra _____

Estado en que lo adquirió _____ Cantidad que adeuda _____

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 o 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 \$ _____ Primera cuota: _____ Subsiguientes: _____

Forma de Pago:

Tarjeta de crédito No. _____ Efectivo: Cheque No. _____

Tarjeta de Débito No. _____ Depósito a Cuenta Transferencia Bancaria No. _____

DETALLE DE MAQUINARIA	VALOR A ASEGURAR	DEDUCIBLES

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 - 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 si aplica

Nombre del Intermediario

Firma del Intermediario

Código No. _____

Nombre del Oficial de Negocios

Firma del Oficial de Negocios

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.

