

SOLICITUD SEGURO DE VEHÍCULOS AUTOMOTORES

PERSONA NATURAL

Póliza No.		Categoría:	
Agencia:	Vigencia Desde:	Hasta:	Hora:
Persona Natural ☐	Comerciante Individual ☐	APNFD ☐	PEP ☐
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 ☐	Pasaporte ☐ Carnet Resid. ☐
RTN No.:	Fecha de Nacimiento: Día _____ Mes _____ Año _____	Edad:	
Lugar de Nacimiento:	Municipio _____ Departamento _____	País _____	Nacionalidad (es) _____
Género	Estado Civil		
Masculino ☐ Femenino ☐	Soltero (a) ☐ Casado (a) ☐ Viudo (a) ☐ Unión Libre ☐		
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 ☐ Pensionado: ☐ Ama de casa ☐ Estudiante ☐ Independiente ☐			
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 ☐ 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: _____	
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
CARACTERÍSTICAS DEL VEHÍCULO A ASEGURAR			
Marca de fábrica	Tipo	Año	Modelo
No. De serie	No. De motor		No. De placa
Color	Capacidad de pasajeros	Tonelaje	Fecha de compra
Forma de adquisición	Estado en que lo adquirió		
Guarda el vehículo durante el día en:		Durante la noche en:	
Hay vigilancia en el lugar Si No		Uso del vehículo Fracuencia de uso	
Se cercioró de la legalidad del vehículo Si No		Adeuda alguna cantidad por este vehículo Si No	
Ha tenido accidentes Si No Cuantos Resultó ser culpable o inocente			
El vehículo será conducido en algún momento por personas menores de 21 años o mayores de 75 años? Si No			
En caso de ser afirmativo, favor proporcione lo siguiente:			
Nombre:		No. Identidad:	Fecha de nacimiento: Vencimiento de licencia:
RIESGOS CUBIERTOS:			
DESCRIPCIÓN	SUMA A ASEGURAR		DEDUCIBLE
A) Vuelcos accidentales y/o colisiones			
B) Otros riesgos			
B.1) Incendio, autoignición y rayo			
B.2) Robo total del automóvil			
B.3) Huelgas y alborotos populares			
C) Responsabilidad civil por daños a terceros en sus bienes			
D) Responsabilidad civil por daños a terceros en sus personas			
E) Rotura de cristales			
F) Equipo especial			
G) Desbordamiento de ríos, derrumbes de carreteras y otros			
H) Extensión territorial			
I) Gastos médicos			
J) Seguro de ocupantes			
Máximo por persona			
Máximo por varias personas			
Bolsa de aire			
DESCRIPCIÓN DEL EQUIPO ESPECIAL (Todo aquel equipo adicional que no es de fábrica) (Se debe adjuntar la factura de compra)			
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 ☐		

SINIESTRALIDAD:		¿Ha tenido siniestros en los últimos 5 años?		Si	☐	No	☐
Si su respuesta fue afirmativa, favor especifique causas, fecha del siniestro, tipo de daño, valor indemnizado, tipo de reparación realizada							
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 CREFISA Compañía de Seguros, 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 CREFISA Compañía de Seguros, 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)		Firma y Sello Crefisa Compañía de Seguros, S. A.			
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.							

