

SOLICITUD SEGURO CONTRA ROBO 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 Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <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"/>	
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

UBICACIÓN DEL BIEN A ASEGURAR (Si son varios favor completar la información en un anexo)

Dirección Exacta _____

Referencias _____

Propietario del edificio _____ Propietario del contenido _____

MEDIDAS DE SEGURIDAD

El local cuenta con alarma en funcionamiento Si No Guardias de Seguridad armados Si No Cuantos

BIENES POR ASEGURAR (Anexar inventario de bienes)

DESCRIPCIÓN	MONTO A ASEGURAR
MENAJE DE CASA	
EFFECTOS PERSONALES	
MERCADERÍAS	
MOBILIARIO Y EQUIPO DEL NEGOCIO	
OTROS (ESPECIFIQUE)	

TIPO DE RIESGO: CASA DE HABITACIÓN _____ APARTAMENTO _____ INDUSTRIA _____ COMERCIO _____

RIESGOS CUBIERTOS: VALOR A ASEGURAR DEDUCIBLES

Robo con violencia _____

Robo por asalto y/o atraco _____

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: _____ 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

Código No. _____

Firma del Intermediario

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.