

SOLICITUD SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL

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"/>		
A. Datos Generales del Tomador del Seguro / Representante Legal							
COMO APARECE EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD							
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			
Dirección Completa de Residencia:							
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:			
Origen de los Recursos							
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							
INSTITUCIÓN		CARGO PÚBLICO				PERÍODO	
Profesión u ocupación:							
Dirección Completa de la Empresa							
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 Trifolios 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?	
					Sí <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?	
					Sí <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

DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LAS ACTIVIDADES QUE REALIZA

INFORMACIÓN ADICIONAL

Ubicación exacta del lugar donde se realizarán los trabajos

Descripción del edificio, indicando el año de construcción y el número de pisos

Área de terreno donde se encuentran los edificios

Edificio No. 1: _____ Mts.

Edificio No. 2: _____ Mts.

Edificio No. 3: _____ Mts.

Describir las colindancias y la distancia a que se encuentran:

Número de empleados: _____ Volúmen de salarios pagados anualmente: _____

Existe en los predios un restaurante, bar o cafetería? Si No

Descripción del equipo mecánico dentro de los predios

RIESGOS CUBIERTOS: VALOR A ASEGURAR DEDUCIBLES

Daños a terceros en sus Bienes

Daños a terceros en sus Personas

Límite único Combinado (Bienes y Personas)

PRIMA NETA: PRIMA TOTAL		IMPUESTOS: Pago de contado:	GASTOS:	
Fraccionamiento: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>		Primera Cuota:		Subsiguientes:
Forma de Pago:				
Tarjeta de crédito No.		Efectivo: <input type="checkbox"/>	Cheque No.	
Tarjeta de Débito No.		Depósito a Cuenta <input type="checkbox"/>		Transferencia Bancaria No.
SINIESTRALIDAD:				Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Describa brevemente los siniestros ocurridos indicando fecha, causa y monto pagado por daños a la propiedad y por lesiones corporales:				
Declaraciones y Autorizaciones del Asegurado o Titular de la Póliza				
<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Queda entendido y convenido que la presente Solicitud - Certificado, Carátula, Condiciones Generales y Anexos (si los hubiere) forman parte integrante del Contrato de Seguro.</p> <p>Dado en la Ciudad de _____ el _____ de _____ de _____</p>				
_____ 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		
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.				

