

SEGURO DE EQUIPO ELECTRÓNICO SOLICITUD DE SEGURO 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"/>	Soltero (a) <input type="checkbox"/>	Casado (a) <input type="checkbox"/>	Viudo (a) <input type="checkbox"/>	Unión Libre <input type="checkbox"/>	
Femenino <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 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)? Sí 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
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ubicación de los Bienes por Asegurar			
Dirección exacta			
Dirección referenciada			
Tipo de construcción del edificio:		Concreto () Ladrillo () Hormigón () Madera ()	
Actividad del local donde está contenido el Equipo Electrónico: Casa de habitación () Apartamento () Industria () Comercio ()			
Colindancias			
Estado del Equipo Electrónico por asegurar:			
¿El equipo se mantiene conforme a las instrucciones del fabricante? Si () No ()			
¿El equipo está debidamente aterrizado? Si () No ()			
¿El equipo se encuentra a la temperatura indicada por el fabricante? Si () No ()			
RIESGOS CUBIERTOS:		VALOR A ASEGURAR	DEDUCIBLES
Riesgo No. 1: Daños materiales al Equipo Electrónico			
Riesgo No. 2: Portadores Externos de Datos			
Riesgo No. 3: Incremento en el Costo de Operación			
Coberturas Adicionales: Conforme a lo establecido en la Cláusula No. 1 Cobertura de las Condiciones Generales			
PRIMA NETA:	IMPUESTOS:		GASTOS:
PRIMA TOTAL	Pago de contado:		
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:	Cheque No.	Transferencia Bancaria No.
Tarjeta de Débito No.	Depósito a Cuenta		
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:			
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 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, Condiciones Particulares, 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	Firma del Titular de la Póliza	Sello si aplica
(Huella digital si no puede escribir)	(Huella digital si no puede escribir)	
_____	_____	
Nombre del Intermediario	Firma del Intermediario	
Código No. _____		
_____	_____	
Nombre del Oficial de Negocio	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.