

**SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES
COLECTIVO
SOLICITUD DE SEGURO (CONTRATANTE)**

Póliza No.		Categoría:	
Agencia:	Vigencia Desde:	Hasta:	Hora:
Persona Jurídica <input type="checkbox"/>	Empresa de Gobierno <input type="checkbox"/>	Entidad <input type="checkbox"/>	
Supervisada <input type="checkbox"/>	APNFD <input type="checkbox"/>	PEP <input type="checkbox"/>	
ONG <input type="checkbox"/>			

I. Datos Generales del tomador de Seguro / Representante Legal			
RAZON O DENOMINACION SOCIAL		NOMBRE COMERCIAL	
FECHA DE CONSTITUCION DIA MES AÑO			
R.T.N. DE LA EMPRESA		NO. DE INSCRIPCIÓN EN REGISTRO MERCANTIL	
OBJETO SOCIAL Y/O ACTIVIDAD ECONOMICA			
Nombres:		Primer Apellido:	
		Segundo Apellido:	
		Apellido de Casada:	
Lugar de Nacimiento		:Municipio Departamento País	
Nacionalidad (es):			
Fecha de Nacimiento:		Edad:	
Día: ____ Mes: ____ Año: ____		RTN:	
		Número de Identificación:	
Género:		Tipo de Identificación:	
Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>		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. Identificación de Cónyuge:	
Dirección Completa de Residencia:			
Departamento:		Municipio:	
		Ciudad:	
		Colonia:	
Bloque:		No. de casa:	
		Calle:	
		Avenida:	
Otras referencias o señas:			
Teléfono fijo:		Celular:	
		No. Fax	
		Otro teléfono:	
Correo electrónico:			
Ocupación u Oficio:			

II. Origen de sus 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:		Nombre del negocio (si aplica)	
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Giro o actividad económica del negocio:			
Nombre de la empresa donde trabaja:		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 Publico	
		Periodo	
Profesión u Ocupación:			
III. 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:			

IV. Información financiera del Asegurado/ Representante Legal

Especifique su fuente de Ingresos:			
Nivel aproximado de ingreso según el Salario Mínimo Mensual Vigente (Actividad Principal):		¿Recibe ingresos diferentes a su actividad principal? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
De 0 – 3	<input type="checkbox"/>	Si su respuesta es SI detalle:	
De 4 – 6	<input type="checkbox"/>	Fuente de ingreso: _____	
De 7 – 10	<input type="checkbox"/>	Valor mensual estimado: _____	
De 11-20	<input type="checkbox"/>		
De 21-50	<input type="checkbox"/>	¿Realiza transacciones en moneda extranjera? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
50 en adelante	<input type="checkbox"/>	Tipo de Moneda: Dólar <input type="checkbox"/> Euro <input type="checkbox"/> Otra _____	

V. Información de Seguros

Propósito del Seguro:	
Mantiene pólizas suscritas con esta u otra (s) aseguradora (s): SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Nombre de la Aseguradora:
Tipo (s) de Seguro (s):	Suma (s) Asegurada (s):

Datos del Beneficiario Final

¿Actúa en nombre propio?

Sí 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? SI / NO
			Financiera	Personal	

VI. Datos Generales del Contratante

Dirección Completa

Departamento:	Municipio:	Ciudad:	Colonia / Barrio:
Bloque No:	Edificio:	Calle:	Avenida:
Teléfono No:	Fax No:	Otros teléfonos:	
Correo Electrónico:		Sitio WEB:	
Otras Referencias o Señas:			
¿Tiene su empresa oficinas en otros departamentos o en el extranjero		¿Dónde? (Anexe detalle en caso de ser necesario)	
¿La Empresa previene y controla el Lavado de Activos y Financiamiento al Terrorismo? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Si su respuesta es afirmativa, como lo hace? ; Seminarios <input type="checkbox"/> Capacitaciones <input type="checkbox"/> Charlas <input type="checkbox"/> Trifolios <input type="checkbox"/> 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? SI / NO

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?
 Sí No
 En caso de que su respuesta sea afirmativa, el socio deberá completar el formulario de identificación y vinculación para personas expuestas políticamente (nacionales y extranjeros)

¿Son todos los accionistas o asociados, antes descritos, los beneficiarios finales?

Sí 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? SI / NO

¿Alguno de los socios detallados son figura pública nacional o extranjera; o bien tiene uno de los anteriores un familiar el primer grado de consanguinidad o afinidad?
 Sí No
 En caso de que su respuesta sea afirmativa, el socio deberá completar el formulario de identificación y vinculación para personas expuestas políticamente (nacionales y extranjeros)

Favor indicarnos 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 / NO

¿Alguno de los 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 el primer grado de consanguinidad o afinidad?
 Sí No
 En caso de que su respuesta sea afirmativa, el socio deberá completar el formulario de identificación y vinculación para personas expuestas políticamente (nacionales y 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No tiene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menos de L.500,000.00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Menos de L.500,000.00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L.500,000.00 a un Millon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L.500,000 a un Millon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L. 1 Millon a L.5 Millones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 Millon a 5 Millones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L.5 Millones a L.10 Millones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L.5 Millones a 10 Millones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L.10 Millones a L.25 Millones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L.10 Millones a L.25 Millones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L.25 Millones a L.50 Millones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L.25 Millones a L.50 Millones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L. 50 Millones a L.100 Millonres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L.50 Millones a L.100 Millones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Más de L.100 Millones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Más de L.100 Millones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

VII.- DATOS DE LA POLIZA:

a)	RIESGOS CUBIERTOS	SUMA ASEGURADA	PRIMAS
I.	Muerte Accidental	L. _____	L. _____
II	Incapacidad Permanente o absoluta por accidente	L. _____	L. _____
III	Incapacidad Temporal y Desmembramiento por día, Pagadera a partir del ___ día De inhabilitación.	L. _____	L. _____
IV	Reembolso de Gastos Médicos y de Hospitalización por Accidente	L. _____	L. _____
			L. _____
	Deducible Lps. _____		
	Clasificación _____		
	Sub-Total		
	Recargo por Riesgos Especiales		
	Recargo por Incapacidad Previa		
	Prima Total.....		L. _____
B. RIESGOS MEDIANTE CONVENIO EXPRESO			
a)	a) Los accidentes que sobrevengan en la práctica de polo, pesca en alta mar, rodeo, rugby y boxeo.		
b)	b) Los accidentes que sobrevengan mientras el Asegurado se encuentre a bordo de aviones privados en calidad de piloto o copiloto.		
c)	c) Los accidentes que sobrevengan al Asegurado mientras se encuentre a bordo de aviones privados en calidad de pasajero.		
d)	d) Los accidentes que sobrevengan al Asegurado mientras se encuentre manejando motoneta, motocicleta o patineta.		

a) Vigencia: entrará en vigor el día _____ a las 12:00 horas del mediodía
Hasta el día _____ a las 12:00 horas del mediodía
b) Forma de Pago: _____ Administrará la Póliza _____
Participación del Contratante en el pago de la prima SI () NO () Porcentaje _____
Participación del Asegurado en el pago de la prima SI () NO () Porcentaje _____

VIII. CONDICIONES PARA FORMAR PARTE DEL GRUPO ASEGURABLE:

a) Edad comprendida entre 15 y 64 años en el cumpleaños más próximo. b) Tener como mínimo dos meses de pertenecer al Grupo Asegurado.
c) Número de Miembros que formarán parte del Grupo Asegurado: _____

Queda entendido y convenido que la presente solicitud forma parte integrante del Contrato de Seguro. Declaro que lo manifestado anteriormente, así como la información contenida en la relación del grupo asegurable son verdaderas y exactas, y que además todas las personas que aparecen en la relación gozan de buena salud a mi leal saber y entender; sin embargo si al momento de emitir la póliza solicitada alguno de ellos estuviera enfermo, quedará excluido del seguro pudiendo ser incorporado, al desaparecer la causa que motiva su exclusión.

IX. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES DEL ASEGURADO O TITULAR DE LA PÓLIZA

Declaro expresamente que:

1. Autorizo a SEGUROS CREFISA, S.A. a acceder a la Central de Información Crediticia de la Comisión Nacional de Bancos y Seguros (CNBS) y a cualquier otra base de datos gubernamental o privada, para consultar datos de las obligaciones que tanto mi representada como mi persona podamos tener en el Sistema Comercial o Financiero y declaro que he sido enterado y acepto las Condiciones Generales antes descritas y que figuran en la póliza solicitada.

2. 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.

3. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla Periódicamente.

4. Autorizo a Crefisa, Compañía registrar en la Base de Datos de la Central de Información Sistema Asegurador (CISA) cualquier reclamo presentado y amparado bajo la póliza de la cual forma parte el presente documento.

Declaración y origen de fondos y aceptación de cláusula.

Certifico que la información brindada en esta solicitud es verídica. Asimismo, comprendo que en caso de no proporcionar la información correcta o si se comprobase que las respuestas no están sujetas a la realidad, las coberturas del seguro contratado se podrían ver afectadas, eximiendo a Crefisa Compañía de toda obligación de indemnizar.

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
Seguros Crefisa

Nombre del Intermediario
Código No _____

Firma del Intermediario

Nombre del Oficial de Negocios

Firma del Oficial del Negocios