

La solicitud deberá ser llenada con letra de molde y sin omitir datos, sin tachaduras, borrones ni manchones.

A. DATOS DEL ASEGURADO O REPRESENTANTE LEGAL.

Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
Lugar de nacimiento		Fecha de nacimiento		Sexo		Nacionalidades	
		Día Mes Año		M F		1 2	
DNI ☐		Carnet de residencia ☐		Pasaporte ☐		No. de documento	
						Fecha de Expiración del documento	
						Día Mes Año	
RTN del asegurado o representante legal				Dirección de residencia del asegurado			
Teléfono de residencia		Número de celular		Correo electrónico			

B. INFORMACION FINANCIERA DEL ASEGURADO O REPRESENTANTE LEGAL.

Profesión, oficio o actividad económica que practica		Nombre de la empresa donde labora o negocio propio		Giro del negocio		Tiempo de laborar	
Teléfono de la empresa o negocio propio		Dirección de la empresa o negocio propio					
Cargo que desempeña		Origen de los recursos					
Elija el rango de su ingreso mensual en cantidad de salarios mínimos							
De 0-3 ☐		De 4-6 ☐		De 7-10 ☐		De 11 - 20 ☐	
						De 21-50 ☐	
						De 51 en adelante ☐	
¿Depende de alguien económicamente? Indique nombre/relación:				¿Recibe ingresos de otras actividades? indique fuente:			
¿Tributa para el Gobierno de EUA?		Indique No. de Identificación Tributaria de EUA		¿Cliente es APNFD?		Indique actividad APNFD que realiza	
Si ☐ No ☐				Si ☐ No ☐			
¿Ha desempeñado algún cargo público en los últimos 5 años?*				Indique cargo e institución (si aplica)			
Si ☐ No ☐							

* En caso afirmativo, llenar formulario adicional Persona Políticamente Expuesta (PEP).

B1: DATOS DE LA PERSONA JURÍDICA.

Nombre Comercial		RTN Persona Jurídica			
Giro o Actividad Económica		No. De inscripción del registro mercantil:		Procedencia de fondos	
Fecha de constitución		Dirección, municipio y departamento de la empresa		Teléfono de la empresa	
Países o departamentos donde opera		Total ingresos anuales		Total egresos anuales	
Proveedores principales de la empresa		Referencias bancarias o comerciales		¿Pertenece a algún grupo económico? En caso de que si, indique a cuál:	

Describa nombre de los accionistas	No. de DNI	% Participación	Nacionalidad	PEP? * SI/NO

Si los accionistas anteriores contienen una empresa, por favor describa los nombres de los beneficiarios finales (mayor al 25%):	No. de DNI	% Participación	Nacionalidad	PEP? * SI/NO

C. DATOS DEL SEGURO DE VEHICULOS AUTOMOTORES.

C1: VIGENCIA.

Desd

Al medio día

Hast

Al medio

C2: TIENE SEGUROS VIGENTES EN OTRA INSTITUCIÓN ☐ SI ☐ NO , CASO DE RESPONDER SI INDIQUE DETALLE:

Nombre de las Instituciones:		Tipo de seguro:	
Sumas		Vigencia:	

C3: INFORMACIÓN DE BENEFICIARIOS RELACIÓN FINANCIERA ☐ RA PERSONAL ☐ NAL

Nombres y Apellidos / Razón Social	DNI / RTN	% De Participación	PEP? *SI/NO

C4: DATOS PARTICULARES DEL SEGURO DE AUTOMOVIL.

Posee Licencia SI ☐ NO ☐	En caso que el conductor o cualquier persona que conduzca el vehiculo asegurado no posea licencia de conducir, la compañía quedará relevada de toda responsabilidad por cualquier siniestro sufrido u ocasionado por el mismo		
No. de Licencia	Liviana ☐ Pesada ☐ Motocicleta ☐	El vehículo será conducido	
Menor de 21 años SI ☐ NO ☐	Mayor de 75 años ☐ En caso afirmativo, la compañía quedará relevada de todo tipo de responsabilidad por cualquier siniestro sufrido u ocasionado por el vehículo asegurado mientras sea conducido por conductores menores de 21 años o mayores de 75 años; salvo convenio expreso.		

C4.1: CARACTERISTICAS DEL VEHICULO.

Marca	Tipo		Modelo		Placa		Color
No. De Serie o Vin	No. De pasajeros	No. De motor	Año	Nuevo ☐ Usado ☐	Forma de Adquisición Contado ☐	Cantidad que aun Adeuda	
Tipo de transporte Privado ☐ Publico ☐ Ruta ☐		Uso del vehículo Particular ☐ Comercial ☐		¿Utiliza su vehículo como una fuente directa de ingresos (Taxi, Uber, Renta, Etc.)?			
¿Tiene seguros vigentes sobre estos bienes en otra institución? Indique detalle:							

C5: COBERTURAS, SUMAS ASEGURADAS, DEDUCIBLES, COASEGUROS Y PRIMA.

Riesgos Cubiertos	Sumas	Deducibles	Coasegur
A. Colisiones y vuelcos accidentales			
B1. Incendio, explosión, autoignición y/o rayo			
B2. Robo total del vehículo asegurado			
B3. Motín, huelgas y alborotos populares			
C. Responsabilidad civil por daños causados a terceros en sus bienes			
D. Responsabilidad civil por daños a terceros en sus personas			
E. Rotura de cristales			
F. Equipo especial			
G. Fenómenos de la naturaleza			
H. Extensión territorial			
I. Pago de gastos médicos			
J. Accidentes personales para ocupantes de vehículos de uso privado. La Compañía garantiza el pago de la indemnización que corresponda, en la tabla de escala establecido en las condiciones generales.			

C6: COBERTURAS ADICIONALES Y SUMAS ASEGURADAS

Cobertura		Suma Asegurada
1. Cobertura de equipo colgante para equipo pesado (Anexo 1)		
2. Valor convenido (Anexo 2)		
3. Cobertura de cerraduras (Anexo 3)		
4. Cobertura de Muerte accidental del conductor de vehículo liviano (Anexo 4)		
5. Cobertura de alquiler de vehículo o gastos de transporte en caso de robo total(Anexo 5)		
6. Cobertura de robo parcial de equipo especial (Anexo 6)		
7. Responsabilidad civil en exceso (Anexo 7)		

C7: BENEFICIOS ADICIONALES, SUMAS ASEGURADAS, DEDUCIBLES, COASEGUROS Y PRIMA.

No.	Cobertura	Suma Asegurada
1	Asistencia Continental	
2	Cero coaseguros para la cobertura de robo total para vehículos con dispositivo de seguridad de localización satelital	
3	Cero deducible para el riesgo “A” para vehículos de uso particular de hasta 3.5 toneladas	
4	Cero deducible para el riesgo “C” para vehículos de uso particular de hasta 3.5 toneladas	
5	Cobertura de daño malicioso	
6	Cobertura de neumáticos	
7	Cobertura de mascotas	

C. Detalle de Pagos:

Prima Neta Anual:		Forma de Pago: ☐ Anual ☐ Mensual ☐ Trimestral ☐ Semestral ☐ Otro: _____ _____
Impuesto sobre ventas 15%:		
Gastos de emisión:		
Descuento:		
Recargos:		
Prima Total Anual:		

D. AUTORIZACIÓN DE MÉTODOS DE PAGO

Ofrecemos opciones de pago fácil y seguras. Indique la forma de pago que más le convenga:

- ☐ **Extra-financiamiento BAC.** 0% interés hasta 12 meses. ☐ SI ☐ NO
- ☐ **Cargo Automático a la Tarjeta de Crédito o Débito.**
- ☐ **Pago Ventanilla**

En caso de seleccionar esta opción, proporcione la siguiente información. Banco Emisor de

Tarjeta:

Número de Tarjeta:

Fecha del mes que desea se realice el débito:

Al seleccionar la a opción de cargo automático, **AUTORIZO a SEGUROS CONTINENTAL, S.A.** A realizar el cargo de mi tarjeta de crédito o débito en **AUTOMÁTICO** con la información detallada debajo. Entiendo que el débito podrá ser cancelado por escrito y en el momento que ambas partes estimen conveniente. En caso de cambio de tipo (migración) de la tarjeta antes señalada, autorizo la aplicación de estos servicios a la nueva.

E. PAGOS REALIZADOS POR TERCEROS

Si un tercero realizara pagos a su favor, proporcionar la siguiente información:

Nombre del tercero:

Número de DNI / RTN:

Relación:

F. ACLARACIONES E INSTRUCCIONES ESPECIALES

Queda entendido que si dentro de 30 (treinta) días a partir de hoy no recibo la póliza, ni aviso relacionado con esta solicitud, ésta será considerada rechazada. Estoy de acuerdo en que la aceptación de la Póliza emitida de conformidad en los términos de esta solicitud constituirá una ratificación por parte mía de las declaraciones contenidas en ellas. Si Seguros Continental, S.A. rehúsa aceptar esta solicitud de acuerdo con el plan, cantidad y tipo de prima solicitados, se me reintegrará cualquier depósito o adelanto que haya efectuado para la emisión de la Póliza que solicito y que ninguna persona excepto un oficial ejecutivo de Seguros Continental, S.A., podrá actuar en nombre de Seguros Continental, S.A., para efectuar, modificar o cancelar el contrato o hacer que Seguros Continental, S.A., renuncie a sus derechos o requisitos y que ninguno de estos actos podrán ser efectuados por el agente de Seguros Continental, S.A. que llene esta solicitud. Así mismo declaro haber recibido copia íntegra de las CONDICIONES GENERALES, CONDICIONES PARTICULARES , SOLICITUD DE SEGURO Y ANEXOS de la Póliza cuya expedición solicité y estar enterado del contenido de las mismas que doy por aceptadas. Seguros Continental, S.A. se reserva el derecho a efectuar los pagos correspondientes a indemnizaciones en la divisa que considere pertinente

G. DECLARACIONES DEL SOLICITANTE.

Declaro que toda las contestaciones anteriores son exactas, han sido escritas y/o dictadas por mí, personalmente y son completas y verídicas y acepto que sean consideradas como base para la contratación del seguro y/o fianza que solicito, Asimismo, declaro que he sido enterado y acepto las Condiciones Generales descritas, misma que figuran en la póliza y/ fianza solicitada. Origen de fondos y aceptación de clausula: 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 este formato es veraz y verificable y me obligo actualizarla cuando la institución lo solicite; 3. Acepto el hecho que de demostrarse falso testimonio en la información aquí presentada, Seguros Continental SA está facultada a dar por terminado el contrato de seguro según se indica en el Artículo 1141 del Código de Comercio, sin que esto implique responsabilidad alguna de la Aseguradora frente al asegurado, 4. Estatus Residencial. En caso de ocurrir algún cambio en mi estatus de país de residencia o ciudadanía me comprometo a notificarlo a la aseguradora.

Lugar y fecha:

Nombre del solicitante

Firma del solicitante

Código y firma del Embajador

PARA USO INTERNO DE LA COMPAÑÍA

Nombre del Embajador de seguro/correduría

Código

Nombre del ejecutivo de negocios de Seguros Continental,S.A.

Fecha:

Firma del ejecutivo y Sello