

SEGURO PARA PROTECCIÓN CONTRA FRAUDE DE TARJETAS DE CRÉDITO Y TARJETAS DE DÉBITO SOLICITUD DEL SEGURO

I. DATOS DEL CONTRATANTE (COMPLETE ÚNICAMENTE SI EL SOLICITANTE ES PERSONA NATURAL):					
a) DATOS GENERALES:					
Nombres:		Primer apellido:		Segundo apellido:	
Apellido de casada:					
Lugar de nacimiento:		Fecha de nacimiento:		Edad:	
		Día Mes Año			
Tipo de identificación: DNI ☐ Pasaporte ☐ Carné de residente ☐			Número de identificación:		RTN:
Profesión u oficio:		Estado civil: Soltero ☐ Casado ☐ Viudo ☐ Unión Libre ☐		Sexo: Masculino ☐ Femenino ☐	
Nombre del cónyuge:			DNI del Cónyuge:		
b) DIRECCIÓN DE RESIDENCIA DEL CONTRATANTE:					
País:		Departamento:		Municipio:	
Residencial, colonia o barrio:					
Calle:		Avenida:		Bloque:	
No. casa:					
Correo electrónico:		Número de teléfono celular:		Número de teléfono de casa:	
Es comerciante individual: Sí ☐ No ☐		Nombre del negocio (si aplica):		Giro del negocio:	
Nombre de lugar de trabajo:		Cargo que desempeña:		Tiempo de laborar:	
c) DIRECCIÓN LABORAL DEL CONTRATANTE:					
País:		Departamento:		Municipio:	
Residencial, colonia o barrio:					
Calle:		Avenida:		Bloque:	
No.:					
Número de teléfono:		Correo electrónico:		Sitio web:	
Apartado postal:					
II. DATOS GENERALES (COMPLETE ÚNICAMENTE SI EL SOLICITANTE ES PERSONA JURÍDICA)					
a) DENOMINACIÓN Y RAZÓN SOCIAL:					
Objeto social y/o actividad económica:		Registro tributario nacional (RTN):		Fecha de constitución: Día Mes Año	
b) DATOS REPRESENTANTE LEGAL:					
Nombre Representante Legal:			Documento Nacional de Identificación (DNI):		
c) DIRECCIÓN DEL CONTRATANTE:					
País:		Departamento:		Municipio:	
Residencial, colonia o barrio:					
Calle:		Avenida:		Bloque:	
No. Casa:					
Número de teléfono fijo:		Número teléfono celular:		Número de Fax:	
Apartado postal:					

Correo electrónico:	Sitio Web:
d) DEPARTAMENTO Y/O PAÍSES EN LOS QUE OPERA:	
e) TIPO DE EMPRESA:	
Privada: ☐ Pública: ☐ Mixta: ☐	
f) DETALLE TIPO DE EMPRESA:	
Según actividad económica: Agrícola ☐ Industrial ☐ Civil ☐ Servicios Financieros ☐ Construcción ☐ Transporte ☐ Comercial ☐ Otro: _____	Según actividad jurídica: APNFD ☐ Empresas Nacionales con Cooperativas ☐ fines de lucro ☐ Embajadas ☐ Empresas extranjeras que Escuelas Públicas ☐ operan en el país ☐ Empresas del Estado ☐ Instituciones sin fines de Lucro ☐
g) SU EMPRESA PERTENECE A UN GRUPO FINANCIERO:	
Sí ☐ No ☐ Detalle:	
III. MONEDA EN QUE SE EMITIRÁ EL SEGURO SOLICITADO	
Lempiras ☐ Dólar estadounidense ☐	
IV. VIGENCIA DE LA POLIZA:	
Desde:	Hasta:
al medio día	al medio día
V. INFORMACIÓN DE OTROS SEGUROS:	
¿Tiene contratados otros seguros? Sí ☐ No ☐ En caso afirmativo detalle a continuación, nombre de la Aseguradora, tipo de seguro y suma asegurada:	
VI. INFORMACIÓN DEL CESIONARIO	
En caso de requerir cesión de su póliza de seguro, declare el nombre del cesionario y la suma cedida:	
VII. ENTREGA DE CORRESPONDENCIA Y COMUNICACIONES AL CONTRATANTE DEL SEGURO	
Dirección de residencia ☐ Dirección laboral ☐ Correo electrónico ☐	
VIII. INFORMACIÓN DEL RIESGO	
Este seguro cubre:	
1. Los cargos indebidos por compras o retiros fraudulentos producto de la clonación o adulteración de la tarjeta de débito, tarjeta de crédito o financiamiento, independientemente del medio utilizado.	
2. Transferencias remotas que provengan del uso indebido o fraudulento, por parte de terceros no autorizados, de las identificaciones con las cuales el tarjetahabiente asegurado está autorizado para realizar transferencias.	
La cobertura aplicará a:	
Tarjeta de Crédito ☐ Tarjeta de Débito ☐ Ambas ☐	
VIII. PRIMAS DEL SEGURO	
Prima Comercial:	
Descuentos	
Recargos	
Sub-total prima:	

Impuesto: Prima Total Anual:
Modalidad de Pago: Contado ☐ Tarjeta de crédito ☐ Tarjeta de débito ☐ Otros _____ Pagos fraccionados ☐ No. de pagos _____
IX. FIRMAS
El solicitante del seguro declara y garantiza a la Aseguradora que ésta puede confiar en la información incluida en esta Solicitud y otros documentos (entre otras, la información de identificación) que la Aseguradora solicite razonablemente en relación con el Contrato de Seguros. Asimismo, garantizo que las declaraciones hechas y proporcionadas son verdaderas y que no se ha ocultado o suprimido ninguna información, por lo que estoy de acuerdo en aceptar una póliza sujeta a los términos, exclusiones y condiciones que en ella se indican, y estoy de acuerdo con que esta Solicitud constituya la base y forme parte de la póliza extendida en relación con el riesgo mencionado más arriba. Asimismo, acepto y entiendo que las declaraciones inexactas y las reticencias del solicitante del seguro, relativas a circunstancias tales que la Aseguradora no habría dado su conocimiento o no la habría dado en las mismas condiciones si hubiese conocido el verdadero estado de las cosas, serán causa de anulación del contrato, cuando el Contratante haya obrado con dolo o culpa grave de conformidad con el Artículo 1141 del Código del Comercio vigente. En la ciudad de _____ a los ____ días del mes de _____ del _____. _____ Firma del contratante del seguro _____ Firma del intermediario

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución No. _____ del _____.

Para uso exclusivo de SEGUROS E INVERSIONES HONDURAS, S.A.					
Persona natural ☐ Persona jurídica ☐					
No. de Oferta	Vinculación	Código de intermediario	No. de póliza	Fecha de emisión	
				Día	Mes Año