

**SOLICITUD DE SEGURO
DE EQUIPO Y MAQUINARIA DE CONTRATISTA**

A. DATOS DEL ASEGURADO O REPRESENTANTE LEGAL

Nombre completo:

No. y tipo de documento de identificación:

Lugar y fecha de nacimiento:

Sexo: F M

RTN del asegurado o representante legal:

Nacionalidades:

Dirección de residencia del asegurado:

Teléfono de residencia:

Número de celular:

Correo electrónico:

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, municipio y departamento de la empresa o negocio propio:

 +504 2540-0016

 +504 2540-0016
+504 2262-9201

 servicioalcliente@segcon.hn
www.segcon.hn

 Centro Comercial Nova Prisa, S.P.S.
Centro Comercial Miramontes, TEGA

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU
No. 18/29-05-2025

Cargo que desempeña:

Origen de los recursos:

Elije 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 50 en adelante

¿Depende de alguien económicamente? Indique nombre, relación y No. de identidad:

¿Recibe ingresos de otras actividades? Indique fuente:

¿Tributa para el gobierno de EUA? Si No

Indique No. de identificación tributaria de EUA:

¿Cliente es APNFD? Si No

Indique actividad APNFD que realiza:

¿Ha desempeñado algún cargo público en los últimos 5 años? Indique cargo e institución (si aplica, en caso afirmativo debe llenar formulario adicional de persona políticamente expuesta):

B. DATOS DE LA PERSONA JURÍDICA

Razón o Denominación Social:

Nombre Comercial:

RTN Persona Jurídica:

Giro o Actividad Económica:

No. De inscripción del registro mercantil:

Procedencia de fondos:



+504 2540-0016



+504 2540-0016
+504 2262-9201



servicioalcliente@segcon.hn
www.segcon.hn



Centro Comercial Nova Prisa, S.P.S.
Centro Comercial Miramontes, TEGA

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU
No. 18/29-05-2025

País de constitución:

Fecha de constitución:

Dirección, municipio y departamento de la empresa:

Teléfono de empresa:

Correo electrónico de la empresa:

Países o departamentos donde opera:

INFORMACION FINANCIERA DE LA PERSONA JURIDICA

Total ingresos anuales

Total egresos anuales

Total activos

Total pasivos

Proveedores principales de la empres

Referencias bancarias o comerciales:

¿Pertenece a algún grupo económico? En caso que sí, indique a cuál:

Describe nombre de los accionistas:	% de Participación	No. de DNI	Nacionalidad	PEP?* SI/NO
1				
2				
3				
4				

Si los accionistas anteriores contienen una empresa, por favor describa los nombres de los beneficiarios finales (mayor al 25%):	% de Participación	No. de DNI	Nacionalidad	PEP?* SI/NO
1				
2				
3				
4				

+504 2540-0016

+504 2540-0016

+504 2262-9201

servicioalcliente@segcon.hn
www.segcon.hn

Centro Comercial Nova Prisa, S.P.S.
Centro Comercial Miramontes, TEGA

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU
No. 18/29-05-2025

C. DATOS DEL SEGURO DE EQUIPO Y MAQUINARIA DE CONTRATISTA

En caso de endoso acreedor, indique beneficiario y monto:

¿Tiene seguros vigentes sobre estos bienes en otra institución? Indique detalle:

INFORMACIÓN DE BENEFICIARIOS:

Nombres y Apellidos	DNI / RTN	% de participación

BIENES Y SUMAS ASEGURADAS:

No.	Bienes Asegurados	Sumas Aseguradas

COBERTURA BASICA:

Cobertura Básica	Amparado / No Amparado	Suma Asegura da
COBERTURA La Compañía indemnizará al Asegurado, todos los daños o pérdidas que sufran los bienes especificados en las condiciones particulares o partes de los mismos, mientras se encuentren dentro del sitio asegurado o dentro del área geográfica allí especificada, a consecuencia de un siniestro accidental, súbito e imprevisto originado por cualquier causa que fuera (salvo las excluidas expresamente) en forma tal que exijan su reparación o reposición; La Compañía resarcirá al Asegurado tales daños o pérdidas en la forma y hasta los límites estipulados en las condiciones particulares, mediante una indemnización al contado, la reposición o reparación del o de los bienes afectados (según lo elijan la Compañía) hasta el monto estipulado en las condiciones particulares en concepto de suma asegurada; dicha indemnización no deberá sobrepasar de ninguna manera el límite máximo estipulado para tal concepto o, según el caso, la suma asegurada total especificada en la presente póliza. El presente seguro amparará los bienes asegurados una vez estén en condiciones para ser puestos en funcionamiento, se hallen o no		



+504 2540-0016



+504 2540-0016
+504 2262-9201



servicioalcliente@segcon.hn
www.segcon.hn



Centro Comercial Nova Prisa, S.P.S.
Centro Comercial Miramontes, TEGA

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU
No. 18/29-05-2025



Seguros Continental

De la mano contigo

en funcionamiento y/o estén desmontados para fines de limpieza o reacondicionamiento y/o durante la ejecución de dichos trabajos y/o en el curso del subsiguiente remontaje.

DEDUCIBLES:

Cobertura	Porcentaje o Valor

DETALLE DE PAGO:

Prima Neta Anual:		Forma de Pago ☐ Anual ☐ Mensual ☐ Trimestral ☐ Semestral ☐ Otro: _____	
Gastos de emisión:			
Descuento:		No. De cuotas	
Recargos:		Valor de 1ra cuota	
Prima Total Anual:		Valor de demás cuotas	

D. 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 y CONDICIONES PARTICULARES 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 y 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:



+504 2540-0016



+504 2540-0016
+504 2262-9201



servicioalcliente@segcon.hn
www.segcon.hn



Centro Comercial Nova Prisa, S.P.S.
Centro Comercial Miramontes, TEGA

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU
No. 18/29-05-2025

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.

F. 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.

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

Banco Emisor de la 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.

FECHA _____

FIRMA DEL SOLICITANTE _____

FIRMA DEL INTERMEDIARIO DE SEGUROS / CORREDURÍA _____

PARA USO INTERNO DE LA COMPAÑÍA

NOMBRE Y CÓDIGO DEL INTERMEDIARIO DE SEGUROS / CORREDURÍA

NOMBRE Y CÓDIGO DEL EJEJCUTIVO DE NEGOCIOS DE SEGUROS CONTINENTAL, S.A.

 +504 2540-0016

 +504 2540-0016
+504 2262-9201

 servicioalcliente@segcon.hn
www.segcon.hn

 Centro Comercial Nova Prisa, S.P.S.
Centro Comercial Miramontes, TEGA.

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU
No. 18/29-05-2025

