SEGUROS CREFISA
Aseguramos tu tranquilidad!

SEGURO DE INCENDIO
SOLICITUD DE SEGURO PERSONA JURÍDICA

Póliza No.			**Categoría:**
Agencia:	**Vigencia Desde:**	**Hasta:**	**Hora:**
Persona Natural ☐	**Comerciante Individual** ☐	**APNFD** ☐	**PEP** ☐

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 ☐	Pasaporte ☐	Carnet Resid. ☐
RTN No.:	Fecha de Nacimiento: Día ____ Mes _____ Año _____			Edad:
Lugar de Nacimiento:	Municipio Departamento País			Nacionalidad (es)

Género	Estado Civil			
Masculino ☐ Femenino ☐	Soltero (a) ☐	Casado (a) ☐	Viudo (a) ☐	Unión Libre ☐

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 ☐	Pensionado ☐	Estudiante ☐	Independiente ☐	

Posee Negocio Propio:

Sí ☐ No ☐	Nombre del Negocio (si aplica)	Giro o Actividad económica del negocio:		

Nombre de la empresa donde labora:	Posición / cargo que desempeña:	Fecha de empleo: Día____ Mes_____ Año_____

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)

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No. 72/28-08-2020

Cargo público desempeñado en los últimos cuatro (4) años e institución

INSTITUCIÓN	CARGO PÚBLICO	PERÍODO

Profesión u ocupación:

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:

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?
De 0 - 3 ☐	Si ☐ No ☐
De 4 - 6 ☐	Si su respuesta es Si detalle:
De 7 - 10 ☐	Fuente de ingresos: _____
De 11 -20 ☐	Valor mensual estimado: _____
De 21 - 50 ☐	¿Realiza transacciones en moneda extranjera?
De 50 en adelante ☐	Si ☐ No ☐
	Tipo de moneda: Dólar ☐ Euro ☐ Otra: _____

Información de Seguros

Propósito del Seguro:

Mantiene pólizas suscritas con ésta u otra (s) aseguradora (s) Sí ☐ No ☐

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?**
			Financiera ☐ Personal ☐	Sí ☐ No ☐

Datos Generales del Contratante

Dirección completa:

Departamento:	Municipio:	Ciudad:	Colonia / Barrio
Calle:	Bloque:	Avenida:	Edificio:
Teléfono del trabajo:	No. Fax:	Correo Electrónico:	Sitio Web:

Otras referencias o señas:

¿Tiene su empresa oficinas en otros departamentos o en el extranjero? Sí ☐ No ☐	¿Dónde? (Anexe detalle en caso de ser necesario)

¿La empresa previene y controla el Lavado de Activos y Financiamiento al Terrorismo?
Sí ☐ No ☐

Si su respuesta es afirmativa, ¿cómo lo hace?: Seminarios ☐ Capacitaciones ☐ Charlas ☐
Trifolios ☐ 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? Sí ☐ 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 o 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? Sí ☐ No ☐

¿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 o 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			No tiene		
Menos de L. 500,000.00			Menos de L. 500,000.00		
L. 500,000.00 a L. 1,000,000.00			L. 500,000.00 a L. 1,000,000.00		
L. 1,000,000.00 a L. 5,000,000.00			L. 1,000,000.00 a L. 5,000,000.00		
L. 5,000,000.00 a L. 10,000,000.00			L. 5,000,000.00 a L. 10,000,000.00		
L. 10,000,000.00 a L. 25,000,000.00			L. 10,000,000.00 a L. 25,000,000.00		
L. 25,000,000.00 a L. 50,000,000.00			L. 25,000,000.00 a L. 50,000,000.00		
L. 50,000,000.00 a L. 100,000,000.00			L. 50,000,000.00 a L. 100,000,000.00		
Más de L. 100 millones			Más de L. 100 millones		

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

Ubicación de los Bienes por Asegurar

Dirección exacta y detallada:

Dirección referenciada:

Propietario del edificio:

Propietario del contenido:

Actividad principal del bien a asegurar:

¿Dentro del edificio a asegurar hay artículos inflamables? Sí No

¿En dónde se depositan?

¿Qué porcentaje representan del total de las existencias?

RIESGOS CUBIERTOS	VALOR A ASEGURAR	DEDUCIBLES
Incendio originado por causa fortuita		
Incendio originado por rayo		
LINEAS ALIADAS		
Pérdidas o daños materiales por motín, huelgas y/o alborotos populares		
Pérdidas o daños materiales por daño malicioso		
Pérdidas o daños materiales por huracán, tifón, tornado, ciclón, vientos tempestuosos y/o granizo		
Pérdidas o daños materiales por terremoto, temblor y/o **erupción** volcánica, caída de ceniza y/o arena volcánica e incendio consecutivo.		
Daños materiales por caídas de naves aéreas, objetos caídos de las mismas y/o colisiones de vehículos terrestres.		
Pérdidas o daños materiales por explosión.		
Pérdidas o daños materiales por inundación, maremoto y/o reboso de mar.		
Riesgos excluidos que pueden ser cubiertos mediante convenio expreso, conforme lo establecido en la Cláusula 1 Cobertura de las Condiciones Generales		

DESGLOSE DE BIENES Y VALORES A ASEGURAR	VALOR A ASEGURAR	DEDUCIBLE
EDIFICIO (SIN INCLUIR EL VALOR DEL TERRENO)		
MENAJE DE CASA, EFECTOS PERSONALES		
MURO PERIMETRAL		
MURO DE CONTENCIÓN		
PISCINA		
MEJORAS E INSTALACIONES		
MOBILIARIO Y EQUIPO		
MAQUINARIA, EQUIPO Y HERRAMIENTAS		

EXISTENCIA DE MERCADERÍAS EN TIENDA		
EXISTENCIA DE MERCADERÍAS EN BODEGA		
MATERIA PRIMA		
PRODUCTO EN PROCESO		
PRODUCTO TERMINADO		
INTERRUPCIÓN DE NEGOCIOS (Indicar período de indemnización):		
GASTOS FIJOS		
SUELDOS Y SALARIOS		
GASTOS POR RENTA		
PERDIDA DE ALQUILERES		
OTROS (Especificar)		
SUBLIMITES		
Robo con violencia, asalto y/o atraco		
Cristales		
Rótulos		
Responsabilidad Civil (Predios y Operaciones)		
Equipo Electrónico		

PRIMA NETA:	IMPUESTO SOBRE VENTAS:	GASTOS DE EMISIÓN:
PRIMA TOTAL:	PAGO DE CONTADO:	

Fraccionamiento: Si ☐ No ☐ **2** ☐ **3** ☐ **4** ☐ **5** ☐ **6** ☐

Primera Cuota: Subsiguientes:

Forma de Pago:
Tarjeta de crédito No. Efectivo: ☐ Cheque No. Transferencia Bancaria No.

Tarjeta de Débito No. Depósito a cuenta:

SINIESTRALIDAD:
Sí ☐ No ☐

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 comprobase 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.