

SEGURO PARA ROBO EN HOGARES SOLICITUD DE SEGURO

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

PARA USO EXCLUSIVO DE MAPFRE

Cód. de contratante	No. de solicitud	Vinculación	Fecha de emisión	No. de póliza	Cód. Agente de Venta
			Día - Mes - Año		

A. DATOS GENERALES

I. DATOS DEL AGENTE DE SEGURO

Agente	Código del agente
--------	-------------------

II. DATOS DEL CONTRATANTE

DATOS PERSONA NATURAL (Para las personas jurídicas serán las del Representante Legal)

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
Tipo de identificación	Identidad <input type="checkbox"/>	Pasaporte <input type="checkbox"/>	Carné de residencia <input type="checkbox"/>
No. identificación	RTN	Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento
		Día - Mes - Año	
Estado civil	S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> UL <input type="checkbox"/>	Género	Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>
Nacionalidad (es)			Profesión, oficio u ocupación
1			
2			
Móvil _ 1		Móvil _ 2	
Correo electrónico _ 1			
Correo electrónico _ 2			
Nombre del cónyuge (completo)			
Dirección de residencia del contratante / asegurado			
País	Departamento	Municipio	Barrio o colonia
No. Casa/ lote	Calle(s)	Avenida(s)	Teléfono de la residencia
Detalle el origen de los fondos para contratación del seguro			
¿Es comerciante Individual? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Giro del negocio	
Nombre del negocio (Si aplica)			
Lugar de trabajo	Área	Cargo que desempeña	Tiempo de laborar
Nivel aproximado de ingreso según el salario mínimo mensual vigente			
De 0 - 3 <input type="checkbox"/> De 4 - 6 <input type="checkbox"/> De 7 - 10 <input type="checkbox"/> De 11 - 20 <input type="checkbox"/> De 21- 50 <input type="checkbox"/> De 50 en adelante <input type="checkbox"/>			
Ha desempeñado un cargo público en los últimos cuatro (4) años			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Detalle el nombre del cargo			
Dirección laboral del contratante / asegurado			
País	Departamento	Municipio	Barrio o colonia
No. Casa/ lote	Calle(s)	Avenida(s)	Teléfono de la empresa
Correo electrónico			

DATOS DE PERSONA JURIDICA			
Razón o Denominación Social			
Nombre Comercial		RTN/RUC	Fecha de Constitución
		Día - Mes - Año	
Número de registro de la escritura	Pertenece su empresa a un grupo Financiero o Económico Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
¿Cuál?			
Tipo de Empresa			
Según la composición de capital	Pública <input type="checkbox"/>	Privada <input type="checkbox"/>	Mixta <input type="checkbox"/>
Según la actividad económica	Industrial <input type="checkbox"/>	Comercial <input type="checkbox"/>	Transporte <input type="checkbox"/>
	Construcción <input type="checkbox"/>	Agrícola <input type="checkbox"/>	Civil <input type="checkbox"/>
	Servicio Financieros <input type="checkbox"/>		
Según la forma jurídica	APNFD <input type="checkbox"/>	Empresas Nacionales con fines de lucro <input type="checkbox"/>	Empresas extranjeras que operan en Honduras <input type="checkbox"/>
	Escuelas Públicas <input type="checkbox"/>	Instituciones sin Fines de Lucro <input type="checkbox"/>	Cooperativas <input type="checkbox"/>
	Embajadas <input type="checkbox"/>	Empresas del Estado <input type="checkbox"/>	
Departamento y/o países en que opera			
Dirección de la oficina principal de la persona jurídica			
País	Departamento	Municipio	Barrio o colonia
No. Casa/ lote	Calle(s)	Avenida(s)	Teléfono de la empresa
Correo electrónico			
III. VIGENCIA DE LA PÓLIZA			
Desde	Día - Mes- Año	al medio día	Hasta Día - Mes - Año al medio día
IV. MONEDA			
Moneda en que se emitirá la póliza:	Lempiras <input type="checkbox"/>	Dólares estadounidenses <input type="checkbox"/>	
V. INFORMACIÓN DE CESIONARIO			
El seguro derivado de esta solicitud, será cesionado?		SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
A Favor de		Hasta por	
VI. INFORMACIÓN DE OTROS SEGUROS			
¿Tiene otros seguros con la compañía?		¿Qué tipo de seguro?	
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
¿Con cuál otra compañía tiene o tenía seguros?		¿Qué tipo de seguro?	
VII. ENTREGA DE CORRESPONDENCIA			
Dirección de residencia del contratante / asegurado <input type="checkbox"/>	Dirección laboral del contratante / asegurado <input type="checkbox"/>	Dirección de la oficina principal de la persona jurídica <input type="checkbox"/>	Correo electrónico <input type="checkbox"/>
B. DATOS DEL RIESGO			
Descripción exacta de la(s) actividad(es) o giro del asegurado			
Riesgos Cubiertos: Cubre pérdidas de los objetos asegurados a causa de robo con violencia y los daños directos causados por robo o tentativa de robo, incluyendo asalto y/o atraco.			
Ubicación de los bienes por asegurar (en caso de varias ubicaciones anexas listado completando los datos descritos)			
País	Ciudad	Departamento	Municipio
Barrio o colonia	No. Casa/ lote	Calle(s)	Avenida(s)

¿Cuál es el valor aproximado a esta fecha de los bienes que desea asegurar?			
a) Mercaderías			
b) Maquinaria, Equipos y Herramientas			
c) Mobiliario y Equipo			
d) Mobiliario Particular, menaje de casa y efectos personales			
e) Materias Primas			
f) Productos en Proceso			
g) Productos Terminados			
h) Bienes propiedad de Terceros bajo la custodia del asegurado			
Total suma propuesta			
Descripción del edificio que contiene los bienes objeto de cobertura			
Tipo de Material de las Paredes			
Tipo de Material de las Techos			
Tipo de Material del Cielo falso			
Número de pisos			
Existen divisiones de madera	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
Medidas de protección y seguridad			
Servicio de vigilancia	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Horarios
Están debidamente armados	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Diurno <input type="checkbox"/> Nocturno <input type="checkbox"/>
Cantidad de oficiales de seguridad	Sábados y domingos <input type="checkbox"/> Días festivos <input type="checkbox"/>		
		Nombre de la Empresa que brinda servicio de seguridad:	
Sistema de alarma conectado a:			
Alarma sonora <input type="checkbox"/>	Detectores de movimiento <input type="checkbox"/>		
Botón de pánico <input type="checkbox"/>	Pines magnéticos en puerta <input type="checkbox"/>		
Detectores de humo <input type="checkbox"/>	Pines magnéticos en ventanas <input type="checkbox"/>		
Monitoreado por			
¿Existe algún otro seguro contra robo amparando los mismos bienes?			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
En caso afirmativo ¿con que compañía?			
¿Están asegurados contra incendio?			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
En caso afirmativo ¿por qué cantidad?			
Proporcionar Historial de siniestros (últimos 5 años)			
Fecha del evento	Monto indemnizado	Causa del siniestro	
Observaciones			

I. COBERTURAS, PRIMAS Y DEDUCCIONES	
Prima Comercial	
Otros recargos	
Subtotal prima	
Gastos de Emisión	
Impuesto	
Prima Anual Total de Seguro	

II. FORMA DE PAGO DE PRIMA

Contado Pago fraccionado

No. Pagos _____ Primer pago de _____ Pagos de _____

No obstante a la forma de pago arriba descrita de la prima anual total de seguro, la compañía se reserva el derecho de exigir al asegurado el pago del saldo pendiente al ocurrir un siniestro total o parcial.

C. DECLARACIÓN Y ACEPTACIÓN DE CONDICIONES

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. Este formulario únicamente constituye una solicitud de seguros y no representa garantía de que la misma será aceptada por MAPFRE; ni que la misma, en todo caso, será aceptada en los mismos términos solicitados.

3. La información que he suministrado en esta solicitud es veraz y verificable y puede ser confirmada en cualquier momento por esta compañía.

4. Toda la información anterior, ha sido escrita o dictada por mí, de acuerdo con mi leal saber y entender, y que la misma es la base para que MAPFRE emita la cobertura de seguro solicitado. Así mismo, libero a MAPFRE de toda responsabilidad sobre la cobertura otorgada, en caso de omisiones o declaraciones falsas o inexactas sobre hechos conocidos por mí, que de haber sido debidamente conocidos por MAPFRE hubieran podido influir de modo determinante para que la cobertura solicitada no se suscribiera, o se hubiera suscrito en condiciones distintas.

5. Queda debidamente entendido y aceptado por parte de MAPFRE que el uso de la información obtenida con motivo de esta autorización, esta circunscrito estrictamente al proceso de análisis para suscribir o denegar la cobertura solicitada, y el trámite posterior de reclamaciones de derecho si la misma fuera otorgada; por tanto, únicamente podrá ser recopilada, consultada y utilizada por suscriptores de riesgo o analistas de reclamos de MAPFRE, en razón de su naturaleza, MAPFRE deberá garantizar la debida custodia, confidencialidad absoluta y el buen uso de esta información.

6. Acepto el hecho que, de demostrarse falso testimonio en la información aquí presentada, MAPFRE Seguros Honduras, S.A. 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 para MAPFRE frente al asegurado.

7. Manifiesto que he leído toda la solicitud y las condiciones generales de la póliza a través de mi agente de seguros, las cuales formarán parte íntegra del contrato y que he tomado conocimiento de mi derecho a decidir sobre la contratación del seguro y a la libre elección de la institución aseguradora y estoy de acuerdo con ella.

D. FIRMAS

Firmado en la ciudad de _____, a los _____ día(s) del mes de _____ del año _____

Firma del contratante

Firma del agente