Ficohsa

SEGURO DE MASCOTAS
SOLICITUD DE SEGURO

Seguros

A. DATOS DEL ASEGURADO La siguiente solicitud deberá ser completada con letra molde.

Código: SPN-F.GTD-XX

PARA USO EXCLUSIVO DE LA COMPAÑÍA	Código de Contratante:	Vinculación:
No. de solicitud:	No. de póliza:	

I. Datos Generales del Tomador del Seguro Persona natural ☐ Persona jurídica ☐

Datos Persona Natural/Representante Legal

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Apellido de casada	☐ Identidad ☐ Carnet de Residencia ☐ Pasaporte	No. de documento	Fecha de vencimiento del documento Día Mes Año
RTN contratante natural o representante legal	Lugar de nacimiento	Fecha de nacimiento Día Mes Año	Edad / Sexo M ☐ F ☐

Nacionalidad

1	2	3
En caso de que el cliente sea extranjero, responder:	**Es sujeto obligado por las leyes de su país en tema de Lavado de Activos y Financiamiento del terrorismo? Si ☐ No ☐**	**Cotiza en la Bolsa de Valores Si ☐ No ☐**

Profesión, ocupación, oficio o actividad económica	Estado civil: Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Unión libre ☐ Viudo ☐
Nombre de la empresa donde trabaja o nombre del negocio propio	Cargo que desempeña
Tiempo de laborar	Giro de la empresa
Con que instituciones financieras posee cuentas:	Origen de los recursos

Nivel aproximado de ingresos

L 0.00 - L 27,000.00 ☐ L 27,000.01 - L 57,000.00 ☐ L 57,000.01 - L 89,000.00 ☐ L 89,000.01 - L 177,000.00 ☐ L 177,000.01 - L 442,000.00 ☐ Mayor a L 442,000.01 ☐

¿Ha desempeñado ALGÚN cargo PÚBLICO usted o un familiar suyo en los ÚLTIMOS 4 años? Si ☐ No ☐	(Si aplica) Cargo:	(Si aplica) Instituciones:

En caso de ser afirmativo completar el SPS-F.CR-01 formulario de identificación y vinculación para personas expuestas políticamente (Aplica para nacionales y extranjeros)

¿Actúa en nombre o representación de otra persona? Si ☐ No ☐ Si la respuesta es **Si** indicar:

Nombre completo de la persona que representa	Su relacion	No. de identidad de la persona que representa

¿Depende económicamente de otra persona? Si ☐ No ☐ Si la respuesta es **Si** indicar:

Nombre completo de la persona que representa	Su relacion	No. de identidad de la persona de la que depende

¿Cliente es APNFD? Si ☐ No ☐

APNFD = Actividades y Profesiones No Financieras Designadas.

Si la respuesta es **Si** indicar qué actividad APNFD realiza:

¿Cliente es Contratista del Estado? Si ☐ No ☐

Datos del Cónyuge

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Nombre de la empresa donde trabaja		Cargo que desempeña	
No. de Teléfono	No. de Celular	Correo electrónico	

Persona Jurídica:

Denominación y razón social			
Objeto social y/o actividad económica	RTN / RUC	No. de inscripción del registro mercantil	Fecha de constitución de la empresa Día Mes Año
Departamentos o países donde opera 1 2 7			
Origen de los recursos		Monto aproximado del total de activos (Lempiras)	
Venta o ingresos anuales (Lempiras)	¿Pertenece a un grupo económico? Si ☐ No ☐	¿Cuál?	
Referencia bancaria o comercial			
Nombre de la empresa (1)	Teléfono	Nombre de la empresa (2)	Teléfono
Proveedores principales			
Nombre del proveedor (1)	Teléfono	Nombre del proveedor (2)	Teléfono
¿Cliente es APNFD? Si ☐ No ☐ APNFD = Actividades y Profesiones No Financieras Designadas.		Si la respuesta es **Si** indicar que actividad APNFD realiza:	
¿Cliente es Contratista del Estado? Si ☐ No ☐	¿Cliente es ONG / OSFL? Si ☐ No ☐	ONG = Organismo No Gubernamental OSFL = Organización Sin Fines de Lucro.	

II. Dirección de Residencia del Contratante o Representante Legal Dirección de cobro ☐

País	Departamento	Municipio	Ciudad	
Colonia	Calle	Avenida	Bloque	Casa No.
Detallar dirección				
Teléfono	Celular	Correo electrónico		

III. Dirección de Trabajo del Contratante o de la Empresa Dirección de cobro ☐

País	Departamento	Municipio	Ciudad	
Colonia	Calle	Avenida	Bloque	Casa No.
Detallar dirección				
Teléfono	Celular	Correo electrónico		

IV. Vigencia

Desde:	Al medio día	Hasta:	Al medio día

COBERTURAS:

1. **HOSPITALIZACIÓN Y/O CIRUGÍA EN CASO DE ENFERMEDAD O ACCIDENTE**: Los gastos hospitalarios incurridos en el tratamiento veterinario de la mascota asegurada. El tratamiento veterinario incluye: honorarios, pruebas de laboratorio, rayos x, medicación, insumos, o cualquier otro cuidado proporcionado por un médico veterinario, relacionado a enfermedad o accidente de la mascota.
2. **EXÁMENES AMBULATORIOS PARA DIAGNÓSTICO EN CASO DE ENFERMEDAD O ACCIDENTE:** Los gastos en pruebas de laboratorio y estudios radiográficos en que incurra el propietario de la mascota para el estudio o tratamiento de una enfermedad o accidente.
3. **MEDICAMENTOS EN CASO DE ENFERMEDAD O ACCIDENTE:** Los gastos en medicamentos indicados por un médico veterinario legalmente autorizado para el tratamiento de enfermedad o accidente, siempre que sean médicamente necesarias.

V. Información de Otros Seguros

¿Tiene otros seguros con La Compañía? Sí ☐ No ☐	¿Con cuál otra compañía tiene (tenía) seguros?	¿Qué tipo de seguros?
¿Qué tipo de seguros?	Sumas aseguradas	

B. DATOS PARTICULARES DEL SEGURO PARA MASCOTAS

No.	Tipo de Mascota	Nombre de la Mascota	Fecha de Nacimiento	Raza de la Mascota	Características de la mascota (color u otro aspecto)
1	Perro ☐ Gato ☐				
2	Perro ☐ Gato ☐				
3	Perro ☐ Gato ☐				
4	Perro ☐ Gato ☐				
5	Perro ☐ Gato ☐				
6	Perro ☐ Gato ☐				
7	Perro ☐ Gato ☐				
8	Perro ☐ Gato ☐				
9	Perro ☐ Gato ☐				
10	Perro ☐ Gato ☐				

C. Forma depago

Prima Neta		
Impuesto sobre venta (15%)		
Derechos de Emisión de la póliza		
Prima total		
Número de Pagos:	Primer pago de:	Pagos de:
Autorizo débito a mi tarjeta de crédito No.	Compañía:	
Autorizo débito a mi cuenta bancaria No.	Banco:	Cheques ☐ Ahorro ☐

Las declaraciones inexactas y las reticencias del Contratante, relativas a circunstancias tales que el Asegurador no habrían dado su consentimiento 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. Artículo No. 1141 del Código de Comercio vigente. Asimismo el Tomador del Seguro declara que la información referente a su identificación es verídica y que puede ser confirmada en cualquier momento por esta Compañía. Igualmente el intermediario de Seguros declara que ha corroborado la información personal del tomador del seguro y de haber tenido a la vista los documentos de identificación del mismo, en fe de lo cual firma.

Lugar y fecha:

Firmas

Autorizo a La COMPAÑÍA para que los documentos que acrediten la celebración de la póliza de seguros, incluyendo las condiciones generales o particulares, modificaciones realizadas a la misma, así como cualquier notificación relacionada a la operación, pueda ser remitida al correo electrónico indicado en esta solicitud.

Nombre del solicitante	Firma del solicitante	Código y firma del intermediario

Favor adjuntar a esta solicitud los siguientes Requisitos para contratar el Seguro:

- Copia de Identidad del contratante o Rep. Legal
- Registro Tributario Nacional (RTN)
- Copia del Carnet de Vacunación de cada una de las mascotas que va a asegurar, donde se indiquen sus datos generales, incluyendo fecha de nacimiento.

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No.23/01-08-2023.

.