

SEGURO DE AVIACIÓN
SOLICITUD DE SEGURO (PERSONA NATURAL)

Póliza No.		Categoría:	
Agencia:	Vigencia Desde:	Hasta:	Hora:
Persona Natural <input type="checkbox"/>	Comerciante Individual <input type="checkbox"/>	APNFD <input type="checkbox"/>	PEP <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/>	Pasaporte <input type="checkbox"/>
		Carnet Resid. <input type="checkbox"/>	
RTN No.:	Fecha de Nacimiento: Día ____ Mes _____ Año ____		Edad:
Lugar de Nacimiento:	Municipio	Departamento	País
	Nacionalidad (es)		
Género		Estado Civil	
Masculino <input type="checkbox"/>	Soltero (a) <input type="checkbox"/>	Casado (a) <input type="checkbox"/>	Viudo (a) <input type="checkbox"/>
Femenino <input type="checkbox"/>			Unión Libre <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/>	Pensionado: <input type="checkbox"/>	Ama de casa <input type="checkbox"/>
			Estudiante <input type="checkbox"/>
			Independiente <input type="checkbox"/>
Si el asegurado es estudiante o ama de casa, favor proporcionar la siguiente información:			
Información de la persona de quien depende económicamente			
Primer Nombre:	Segundo Nombre:	Primer Apellido:	Segundo Apellido:
			Apellido de Casada:
No. De Identidad:	Actividad Económica que Desarrolla:		Parentesco o Afinidad:



Información Financiera del Asegurado y/o Representante Legal

Especifique su fuente de ingresos: _____

Nivel Aproximado de ingreso según el Salario Mínimo Mensual Vigente (actividad principal):

- De 0 - 3
- De 4 - 6
- De 7 - 10
- De 11 - 20
- De 21 - 50
- De 50 en adelante

¿Recibe ingresos diferentes a su actividad principal?

Si No

Si su respuesta es Si detalle:

Fuente de ingresos: _____

Valor mensual estimado: _____

¿Realiza transacciones en moneda extranjera?

Si No

Tipo de moneda: Dólar Euro Otra: _____

Datos Laborales

Nombre de la empresa donde labora:	Posición / cargo que desempeña:	Tiempo de laborar en la empresa:
------------------------------------	---------------------------------	----------------------------------

Dirección completa de la empresa donde labora:

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

Específicamente detalle su fuente de ingresos:

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)

¿Mantiene pólizas suscritas con esta u otra (s) aseguradora (s)? Sí No

Especifique:

Nombre de la aseguradora: _____

Tipo (s) de seguro (s): _____	Suma (s) Asegurada (s): _____
-------------------------------	-------------------------------

Datos del beneficiario final

¿Actúa en nombre propio?

Si No

En caso de que su respuesta sea negativa, especifique el nombre del tercero por el que actúa

Nombre completo	Identidad / RTN	Parentesc o	Relación (Marque con X)	
			Financiera	Personal
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



--	--

Características de la Aeronave Asegurada

Marca y Modelo (Anterior):		Tipo de Aeronave:	
Certificado de Aeronavegabilidad:	No de Serie:	Matrícula:	Año:
Pasajeros:	Tripulantes:	Fecha de Adquisición:	Nuevo o Usado:
Uso:	Límite Geográfico:		Bandera:
Valor de Compra:	Valor Actual:	Equipo extra por Asegurar:	
Cantidad de Motores:	Caballos de Fuerza:	Hangar:	

¿Se han modificado las características originales de la aeronave? Sí No

Si es afirmativo, explicar: _____

BITÁCORA DE LA AERONAVE

Horas de Vuelo: Fecha del último Overhaul: Siniestralidad:

INFORMACIÓN DE LA TRIPULACIÓN:

Nombre Completo del Piloto:
 Clase de Licencia: No. De Licencia: Fecha del último curso de refrescamiento:

Registro Médico: No. Horas de vuelo en Marca y Modelo:

No. Horas totales de vuelo:

RIESGOS CUBIERTOS:	VALOR A ASEGURAR	DEDUCIBLES
Todo riesgo en tierra o anclada		
Todo riesgo en tierra o anclada, taxeo y en vuelo		
Responsabilidad Civil por Daños a Terceros en sus bienes		
Responsabilidad Civil por Daños a terceros en sus personas		
Responsabilidad Civil Legal del Transportista por daños a pasajeros		
Responsabilidad Civil Legal del Transportista por daños a la carga o al equipaje		
Pagos Voluntarios		
Gastos médicos para ocupantes		
Huelgas, alborotos populares, conmoción civil o disturbios populares.		
Cualquier acto doloso o de sabotaje, que provenga de terceras personas.		
Secuestro o cualquier apresamiento o ejercicio ilegal del control de la aeronave o de		



su tripulación cuando dicha aeronave se encuentre en vuelo			
PRIMA NETA:		IMPUESTOS SOBRE VENTAS:	GASTOS DE EMISIÓN:
PRIMA TOTAL		Pago de contado:	
Fraccionamiento: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	Primera cuota: Subsiguientes :
Forma de Pago:			
Tarjeta de crédito No.	Efectivo:	Cheque No.	Transferencia Bancaria No.
Tarjeta de Débito No.	Depósito a Cuenta		
SINIESTRALIDAD:			SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
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.	

