

**SEGURO DE AVIACIÓN
SOLICITUD DE SEGURO (PERSONA JURIDICA)**

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"/>	Unión Libre <input type="checkbox"/>	
Femenino <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"/>	Estudiante <input type="checkbox"/>	Independiente <input type="checkbox"/>	
Posee Negocio Propio:					
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
En caso de que su respuesta sea afirmativa, completar el formulario de identificación y vinculación de personas expuestas políticamente (Nacional y extranjero)					



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): 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"/>	¿Recibe ingresos diferentes a su actividad principal? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Si su respuesta es Si detalle: Fuente de ingresos: _____
	Valor mensual estimado: _____
	¿Realiza transacciones en moneda extranjera? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Tipo de moneda: Dólar <input type="checkbox"/> Euro <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

¿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

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:	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.		

