

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL
SOLICITUD DE SEGURO (PERSONA NATURAL)

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 ☐	Soltero (a) ☐	Casado (a) ☐	Viudo (a) ☐	Unión Libre ☐	
Femenino ☐					
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: ☐	Ama de casa ☐	Estudiante ☐	Independiente ☐
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****Parentesco****Relación (Marque con X)**Financiera ☐Personal ☐**DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LAS ACTIVIDADES QUE REALIZA:**

INFORMACIÓN ADICIONAL

Ubicación exacta del lugar donde se realizarán los trabajos

Descripción del edificio, indicando el año de construcción y el número de pisos

Área de terreno donde se encuentran los edificios

Edificio No. 1: _____ Mts.

Edificio No. 2: _____ Mts.

Edificio No. 3: _____ Mts.

Describir las colindancias y la distancia a que se encuentran:

Número de empleados: _____ Volumen de salarios pagados anualmente: _____

Existe en los predios un restaurante, bar o cafetería? Si ☐ No ☐

Descripción del equipo mecánico dentro de los predios:

RIESGOS CUBIERTOS:	VALOR A ASEGURAR	DEDUCIBLES
Daños a terceros en sus bienes		
Daños a terceros en sus personas		
Límite único Combinado (Bienes y Personas)		
PRIMA NETA:	IMPUESTOS:	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
Tarjeta de Débito No.	Depósito a Cuenta		No.

SINIESTRALIDAD:SI ☐ 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.

