

SEGURO DE CASCO MARÍTIMO
SOLICITUD DE SEGURO (PERSONA NATURAL)

Póliza No.			Categoría:		
Agencia:		Vigencia Desde:		Hasta:	
Hora:		Comerciante Individual <input type="checkbox"/>		APNFD <input type="checkbox"/>	
Persona Natural <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	
Pais		Nacionalidad (es)			
Género		Estado Civil			
Masculino <input type="checkbox"/>		Soltero (a) <input type="checkbox"/>		Casado (a) <input type="checkbox"/>	
Femenino <input type="checkbox"/>		Viudo (a) <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	Parentesco	Relación (Marque con X)	
			Financiera <input type="checkbox"/>	Personal <input type="checkbox"/>



Características de la Embarcación Asegurada

Nombre del Buque (Actual): _____ (Anterior): _____

Material de Construcción: _____ Cantidad de motores: _____ Matrícula: _____ OMI: _____

Lugar de construcción: _____ Fecha de construcción: _____ Eslora: _____

Manga: _____ Puntal: _____ Calado: _____ Bandera: _____

Tonelaje Registro Bruto (T.R.B.): _____ Tonelaje Registro Neta (T.R.N.): _____

Combustible: _____ Serie: _____ Capacidad de CARGA (D.W.T.): _____

Equipo de carga (si es aplicable): _____ Equipo auxiliar de navegación/Tipo de embarcación: _____

Uso principal (Oceánico, Cabotaje, Pesquería, Servicio Portuario, Servicio de Placer): _____

SUMA A ASEGURAR:

Valor Comercial: _____ Para buques pequeños: Valor de panga, lanchas y redes

Para embarcaciones de placer: No. de tripulantes: _____ No. De Pasajeros: _____

Puerto de registro de bandera: _____ Uso de la embarcación: _____

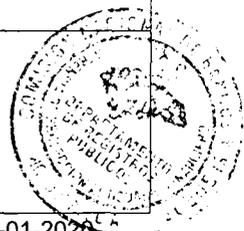
Área de operación (Latitud y Longitud): _____ Rutas: _____

Tripulación – Licencias: _____ Casa clasificadora y registro del buque: _____

Última inspección en dique seco: _____

Si el buque es clasificado, No. De inspección especial cumplido: _____

RIESGOS CUBIERTOS:	VALOR A ASEGURAR	DEDUCIBLES
EN SU NAVEGACIÓN: Pérdida total implícita a) La furia de los elementos b) Explosión y rayo c) Varada, hundimiento, incendio y colisión de la embarcación d) Gastos de salvamento en la contribución que corresponda al buque, hasta por su valor asegurado		
AVERÍA PARTICULAR (BUQUES) a) La furia de los elementos b) Explosión y rayo c) Varada, hundimiento, incendio o colisión d) Maniobras de carga, trasbordo, descarga o aprovisionamiento		



e) Rotura, descompostura mecánica, falta de resistencia o desgaste natural de cualquier parte del buque.			
EN SU TRASLADO POR TIERRA			
1) Daños materiales			
2) Robo total			
3) Huelgas, alborotos populares y conmoción civil			
EXTENSION DE CUBIERTA DE AVERIA PARTICULAR			
RESPONSABILIDAD CIVIL DEL ASEGURADO POR ABORDAJE (PARA BUQUES)			
RESPONSABILIDAD CIVIL ANTE TERCEROS DERIVADOS DEL EJERCICIO DE LA NAVEGACION (PROTECCIÓN E INDEMNIZACIÓN)			
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:	Subsiguiente s:
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.	

