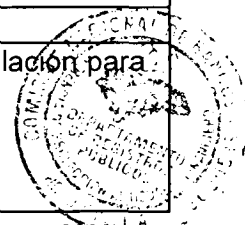


SEGURO DE CASCO MARÍTIMO

SOLICITUD DE SEGURO (PERSONA JURÍDICA)

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 ☐	Estudiante ☐	Independiente ☐	
Posee Negocio Propio:					
Sí ☐ No ☐	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 ☐ No ☐					
En caso de que su respuesta sea afirmativa, completar el formulario de identificación y vinculación para 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:

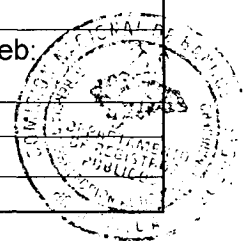
Otras referencias o señas: _____

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 ☐ 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: _____

Información de Seguros		
Propósito del Seguro: _____		
Mantiene pólizas suscritas con ésta u otra (s) aseguradora (s) Si ☐ 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) Financiera ☐ Personal ☐	¿Es un PEP? Sí ☐ No ☐

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 ☐ No ☐	¿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 ☐ No ☐

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 ☐ No ☐

¿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)

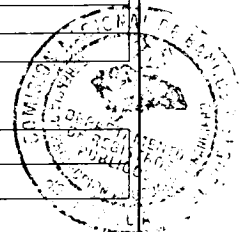
Especifique la procedencia de los fondos para el pago de la prima del seguro:

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 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 (Océánico, 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:

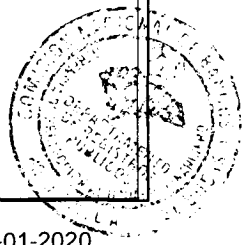
Área de operación (Latitud y Longitud): Rutas:

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:	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:

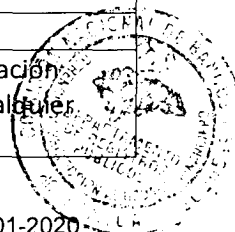
1) Declaraciones y Autorizaciones del Asegurado o Titular de la Póliza

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 comprobare 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.

