

SEGURO DE ROTURA DE MAQUINARIA

SOLICITUD DE SEGURO PERSONA JURIDICA

Póliza No.		Categoría:	
Agencia:	Vigencia Desde:	Hasta:	Hora:
Persona Jurídica <input type="checkbox"/>	Empresa de Gobierno <input type="checkbox"/>	Entidad Supervisada <input type="checkbox"/>	
APNFD <input type="checkbox"/>	ONG <input type="checkbox"/>	PEP <input type="checkbox"/>	
A. Datos Generales del Tomador del Seguro / Representante Legal			
COMO APARECE EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD			
Razón o denominación social	Nombre Comercial	Fecha de Constitución Día / Mes / Año	RTN de la Empresa
No. De Inscripción en el Registro Mercantil		Objeto Social y/o Actividad Económica	
Nombres:	Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Apellido de Casada:
Lugar de Nacimiento:	Municipio	Departamento	País
		Nacionalidad (es):	
Fecha de Nacimiento: Día: _____ Mes: _____ Año: _____	Edad:	RTN:	Número de Identificación:
Género	Tipo de Identificación:		
Masculino <input type="checkbox"/>	Tarjeta de Identidad <input type="checkbox"/>	Pasaporte <input type="checkbox"/>	Carnet de Residente <input type="checkbox"/>
Femenino <input type="checkbox"/>			
Estado Civil:			
Soltero (a) <input type="checkbox"/> Casado (a) <input type="checkbox"/> Viudo (a) <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Divorciado (a) <input type="checkbox"/> Separado (a) <input type="checkbox"/>			
Nombre completo del Cónyuge:		No. Identidad del Cónyuge	
Dirección Completa de Residencia:			
Departamento:		Municipio:	Ciudad:
Colonia:		Calle:	No. De Casa:
Avenida:			
Bloque No.:	Bloque No.:	Teléfono de Residencia	No. De Celular
Otras referencias o señas:			
Teléfono fijo:	Celular:	No. Fax:	Otro Teléfono:
Correo Electrónico:		Ocupación u Oficio:	
Origen de los Recursos			
Actividad Económica Principal:			
Ocupación actual:	Asalariado <input type="checkbox"/>	Estudiante <input type="checkbox"/>	Jubilado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/>
Posee Negocio Propio:			
Sí <input type="checkbox"/>	Nombre del Negocio (si aplica)		Giro o Actividad económica del negocio:
No <input type="checkbox"/>			
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 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 <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 esta u otra (s) aseguradora (s)?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
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)	¿Es un PEP?
			Financiera Personal	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? Si <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?
Si 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? Si <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?
Si 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? Si 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? Si <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?
Si 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)

Favor indicar los miembros que forman parte de la Junta Directiva y/o Consejo de Administración (control de la sociedad)

Nombre Completo y/o Razón Social	Tipo de Identificación	No. De Identificación	Origen de los Fondos	Participación %	¿Es un PEP? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

¿Alguno de los miembros de la Junta Directiva y/o Consejo de Administración detallados son figura pública nacional o extranjera; o bien tiene uno de los anteriores un familiar en primer grado de consanguinidad o afinidad?
Si 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	
RELACIÓN DE LA MAQUINARIA A ASEGURAR					
Para cada máquina se debe especificar la información siguiente:					
Marca:		Uso:		Año:	
Modelo:		Nombre del fabricante:		Rendimiento:	
No. De Serie:		Capacidad:		Velocidad:	
				Tipo:	
Indicar valor de reposición a nuevo incluyendo fletes, derechos aduaneros, gastos de montaje:					
Indicar detalles sobre todas las partes de la maquinaria que en los últimos 3 años han sufrido roturas o fallos o que estén expuestos a un riesgo especial.					
BENEFICIARIO COMO ACREEDOR HIPOTECARIO O PRENDARIO					
Razón social o mercantil:			Dirección:		
Motivo de la cesión:			Monto a endosar:		
RIESGOS CUBIERTOS:			DEDUCIBLES		
Impericia, negligencia y actos malintencionados individuales del personal del Asegurado o de extraños					
La acción directa de la energía eléctrica como resultado de cortocircuitos, arcos voltaicos y otros efectos similares, así como los debidos a perturbaciones eléctricas consecuentes a la caída del rayo en las proximidades de la instalación					
Errores de diseño, cálculo o montaje, defectos de fundición, de material, de construcción, de mano de obra y empleo de materiales defectuosos					
Falta de agua en calderas y otros aparatos productores de vapor					
Fuerza centrífuga, pero solamente la pérdida o daño sufrido por desgarramiento en la máquina misma					
Cuerpos extraños que se introduzcan en los bienes asegurados o los golpeen					
Defectos de engrase, aflojamiento de piezas, esfuerzos anormales y auto calentamiento					
Fallo en los dispositivos de regulación					
Tempestad, granizo, helada y deshielo					
Cualquier otra causa no excluida expresamente					
PRIMA NETA:		IMPUESTOS:		GASTOS:	
PRIMA TOTAL		Pago de contado:			



Fraccionamiento: No <input type="checkbox"/> Si <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: <input type="checkbox"/>	Cheque No.	Transferencia Bancaria No.
Tarjeta de Débito No.	Depósito a Cuenta <input type="checkbox"/>		

SINIESTRALIDAD:	¿Alguna o toda la maquinaria por asegurar ha tenido siniestros en los últimos 5 años?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
------------------------	---	---

Si su respuesta fue afirmativa, favor especifique causas, fecha del siniestro, tipo de daño, valor indemnizado, tipo de reparación realizada

Declaraciones y Autorizaciones del Asegurado o Titular de la Póliza

Declaro que toda la información que he brindado es exacta, completa y verídica, en la misma se funda el principio de buena fe, bajo el cual se suscribe el Contrato del Presente Seguro.

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. 1141 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

(Huella digital si no puede escribir)

Firma del Titular de la Póliza

(Huella digital si no puede escribir)

Sello de la Empresa

Nombre del Intermediario

Firma del Intermediario

Código No. _____

Nombre del Oficial de Negocios

Firma del Oficial de Negocios



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.

