

## SEGURO DE RIESGOS PROFESIONALES SOLICITUD DE SEGURO

<b>Póliza No.</b>		<b>Categoría:</b>	
<b>Agencia:</b>	<b>Vigencia Desde:</b>	<b>Hasta:</b>	<b>Hora:</b>
Persona Jurídica <input type="checkbox"/>	Empresa de Gobierno <input type="checkbox"/>	Entidad <input type="checkbox"/>	
Supervisada <input type="checkbox"/>	APNFD <input type="checkbox"/>	PEP <input type="checkbox"/>	
ONG <input type="checkbox"/>			

### II. Origen de sus Recursos

Actividad económica principal:

Ocupación actual:

Asalariado

Jubilado

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 Publico	Periodo

Profesión u Ocupación:

### III. 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:			

### I. Datos Generales del tomador de Seguro / Representante Legal

RAZON O DENOMINACION SOCIAL		NOMBRE COMERCIAL		FECHA DE CONSTITUCION DIA   MES   AÑO	
R.T.N. DE LA EMPRESA		NO. DE INSCRIPCIÓN EN REGISTRO MERCANTIL		OBJETO SOCIAL Y/O ACTIVIDAD ECONOMICA	
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: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>		Tipo de Identificación: Tarjeta de Identidad <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Carnet de Residente <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. Identificación de Cónyuge:		
<b>Dirección Completa de Residencia:</b>					
Departamento:		Municipio:		Ciudad:	
Bloque:		No. de casa:		Calle:	
				Avenida:	
Otras referencias o señas:					
Teléfono fijo:		Celular:		No. Fax	
				Otro teléfono:	
Correo electrónico:					
Ocupación u Oficio:					

## V. 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

50 en adelante

¿Recibe ingresos diferentes a su actividad principal?

SI  NO

Si su respuesta es SI detalle:

Fuente de ingreso: \_\_\_\_\_

Valor mensual estimado: \_\_\_\_\_

¿Realiza transacciones en moneda extranjera?

SI  NO

Tipo de Moneda: Dólar  Euro  Otra \_\_\_\_\_

## V. Información de Seguros

Propósito del Seguro:

Mantiene pólizas suscritas con esta 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)		¿Es un PEP? SI / NO
			Financiera	Personal	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

## VI. Datos Generales del Contratante

### Dirección Completa

Departamento:	Municipio:	Ciudad:	Colonia / Barrio:
Bloque No:	Edificio:	Calle:	Avenida:
Teléfono No:	Fax No:	Otros teléfonos:	
Correo Electrónico:		Sitio WEB:	
Otras Referencias o Señas:			
¿Tiene su empresa oficinas en otros departamentos o en el extranjero		¿Dónde? (Anexe detalle en caso de ser necesario)	
¿La Empresa previene y controla el Lavado de Activos y Financiamiento al Terrorismo? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Si su respuesta es afirmativa, como lo hace? ; Seminarios <input type="checkbox"/> Capacitaciones <input type="checkbox"/> Charlas <input type="checkbox"/> Trifolios <input type="checkbox"/> 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 / 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 y 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? SI / NO

¿Alguno de los socios detallados son figura pública nacional o extranjera; o bien tiene uno de los anteriores un familiar el 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 y extranjeros)

Favor indicarnos 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 / NO

¿Alguno de los 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 el 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 y 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No tiene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menos de L.500,000.00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Menos de L.500,000.00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L.500,000.00 a un Millon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L.500,000 a un Millon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L. 1 Millon a L.5 Millones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 Millon a 5 Millones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L.5 Millones a L.10 Millones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L.5 Millones a 10 Millones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L.10 Millones a L.25 Millones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L.10 Millones a L.25 Millones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L.25 Millones a L.50 Millones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L.25 Millones a L.50 Millones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L. 50 Millones a L.100 Millones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L.50 Millones a L.100 Millones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Más de L.100 Millones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Más de L.100 Millones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

**VII.- DATOS DE LA POLIZA:**

a) RIESGOS CUBIERTOS	SUMA ASEGURADA	PRIMAS
I. Muerte Accidental	L. _____	L. _____
II. Incapacidad total permanente		
III. Incapacidad parcial permanente		L. _____
IV. Incapacidad Temporal		
V. Asistencia Médica; hospitalización y servicios farmacéuticos		
VI. Gastos Fúnebres		L. _____
Deducible Lps. _____	Prima	
Clasificación _____	Total..	
Sub-Total	.....	
Recargo por Riesgos Especiales		
Recargo por Incapacidad Previa		

- b) Vigencia: entrará en vigor el día \_\_\_\_\_ a las 12:00 horas del mediodía  
Hasta el día \_\_\_\_\_ a las 12:00 horas del mediodía
- c) Forma de Pago: \_\_\_\_\_ Administrará la Póliza \_\_\_\_\_  
Participación del Contratante en el pago de la prima SI ( ) NO ( ) Porcentaje \_\_\_\_\_  
Participación del Asegurado en el pago de la prima SI ( ) NO ( ) Porcentaje \_\_\_\_\_

**VIII. CONDICIONES PARA FORMAR PARTE DEL GRUPO ASEGURABLE:**

- a) Edad comprendida entre 15 y 64 años en el cumpleaños más próximo. b) Tener como mínimo dos meses de pertenecer al Grupo Asegurado.  
c) Número de Miembros que formarán parte del Grupo Asegurado: \_\_\_\_\_

Queda entendido y convenido que la presente solicitud forma parte integrante del Contrato de Seguro. Declaro que lo manifestado anteriormente, así como la información contenida en la relación del grupo asegurable son verdaderas y exactas, y que además todas las personas que aparecen en la relación gozan de buena salud a mi leal saber y entender; sin embargo si al momento de emitir la póliza solicitada alguno de ellos estuviera enfermo, quedará excluido del seguro pudiendo ser incorporado, al desaparecer la causa que motiva su exclusión.

**IX. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES DEL ASEGURADO O TITULAR DE LA PÓLIZA**

Declaro expresamente que:

1. Autorizo a SEGUROS CREFISA, S.A. a acceder a la Central de Información Crediticia de la Comisión Nacional de Bancos y Seguros (CNBS) y a cualquier otra base de datos gubernamental o privada, para consultar datos de las obligaciones que tanto mi representada como mi persona podamos tener en el Sistema Comercial o Financiero y declaro que he sido enterado y acepto las Condiciones Generales antes descritas y que figuran en la póliza solicitada.
2. 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.
3. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla Periódicamente.
4. Autorizo a Crefisa, Compañía registrar en la Base de Datos de la Central de Información Sistema Asegurador (CISA) cualquier reclamo presentado y amparado bajo la póliza de la cual forma parte el presente documento.

**Declaración y origen de fondos y aceptación de cláusula.**

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 Crefisa Compañía de toda obligación de indemnizar.

Queda entendido y convenido que la presente Solicitud - Certificado, Carátula, 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)

\_\_\_\_\_  
**Firma y Sello**  
**Seguros Crefisa**

\_\_\_\_\_  
**Nombre del Intermediario**  
Código No \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma del Intermediario**

\_\_\_\_\_  
**Nombre del Oficial de Negocios**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Oficial del Negocios**