

La siguiente solicitud deberá ser completada con letra de molde

**A. DATOS DEL ASEGURADO**

|                                   |                   |                        |
|-----------------------------------|-------------------|------------------------|
| PARA USO EXCLUSIVO DE LA COMPAÑÍA | Oficina:          | Código de Contratante: |
| Vinculación:                      | No. de solicitud: | No. de póliza:         |

**I. Datos Generales del Tomador del Seguro** Persona natural ☐ Persona jurídica ☐
**Datos Persona Natural/Representante Legal**

|                                                                                                                                                                            |                                    |                                               |                                    |                           |  |                                    |                                                  |                             |      |                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------|---------------------------|--|------------------------------------|--------------------------------------------------|-----------------------------|------|------------------------------------------------------------|
| Nombre comercial                                                                                                                                                           |                                    |                                               |                                    |                           |  |                                    |                                                  |                             |      |                                                            |
| Primer apellido                                                                                                                                                            |                                    | Segundo apellido                              |                                    | Primer nombre             |  | Segundo nombre                     |                                                  |                             |      |                                                            |
| Apellido de casada                                                                                                                                                         | Identidad <input type="checkbox"/> | Carnet de residencia <input type="checkbox"/> | Pasaporte <input type="checkbox"/> | No. de documento          |  | Fecha de vencimiento del documento |                                                  | Día                         | Mes  | Año                                                        |
| RTN contratante natural o representante legal                                                                                                                              |                                    | Lugar de nacimiento                           |                                    | Fecha de nacimiento       |  | Día                                | Mes                                              | Año                         | Edad | Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |
| Nacionalidad                                                                                                                                                               |                                    |                                               |                                    |                           |  |                                    |                                                  |                             |      |                                                            |
| 1                                                                                                                                                                          | 2                                  |                                               |                                    |                           |  |                                    |                                                  |                             |      |                                                            |
| Profesión, ocupación, oficio o actividad económica                                                                                                                         |                                    |                                               |                                    |                           |  |                                    |                                                  |                             |      |                                                            |
| Soltero                                                                                                                                                                    |                                    | Casado                                        |                                    | Divorciado                |  | Unión libre                        |                                                  | Viudo                       |      |                                                            |
| Nombre de la empresa donde trabaja o nombre del negocio propio                                                                                                             |                                    |                                               |                                    |                           |  | Cargo que desempeña                |                                                  |                             |      |                                                            |
| Tiempo de laborar                                                                                                                                                          |                                    |                                               |                                    |                           |  | Giro de la empresa                 |                                                  |                             |      |                                                            |
| Con que instituciones financieras posee cuentas:                                                                                                                           |                                    |                                               |                                    |                           |  | Origen de los recursos             |                                                  |                             |      |                                                            |
| Nivel aproximado de ingresos                                                                                                                                               |                                    |                                               |                                    |                           |  |                                    |                                                  |                             |      |                                                            |
| L 0.00 - L 27,000.00                                                                                                                                                       |                                    | L 27,000.01 - L 57,000.00                     |                                    | L 57,000.01 - L 89,000.00 |  | L 89,000.01 - L 177,000.00         |                                                  | L 177,000.01 - L 442,000.00 |      | Mayor a L 442,000.01                                       |
| ¿Ha desempeñado algún cargo público usted o un familiar suyo en los últimos 4 años? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>                                |                                    |                                               |                                    |                           |  |                                    |                                                  |                             |      |                                                            |
| (Si aplica) Cargo:                                                                                                                                                         |                                    |                                               |                                    |                           |  |                                    |                                                  |                             |      |                                                            |
| (Si aplica) Instituciones:                                                                                                                                                 |                                    |                                               |                                    |                           |  |                                    |                                                  |                             |      |                                                            |
| En caso de ser afirmativo completar el SPS-F.CR-01 formulario de identificación y vinculación para personas expuestas políticamente (Aplica para nacionales y extranjeros) |                                    |                                               |                                    |                           |  |                                    |                                                  |                             |      |                                                            |
| ¿Actúa en nombre o representación de otra persona? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>                                                                 |                                    |                                               |                                    |                           |  |                                    |                                                  |                             |      |                                                            |
| Si la respuesta es Si indicar:                                                                                                                                             |                                    |                                               |                                    |                           |  |                                    |                                                  |                             |      |                                                            |
| Nombre completo de la persona que representa                                                                                                                               |                                    |                                               |                                    | Su relación               |  |                                    | No. de identidad de la persona que representa    |                             |      |                                                            |
| ¿Depende económicamente de otra persona? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No                                                                           |                                    |                                               |                                    |                           |  |                                    |                                                  |                             |      |                                                            |
| Si la respuesta es Si indicar:                                                                                                                                             |                                    |                                               |                                    |                           |  |                                    |                                                  |                             |      |                                                            |
| Nombre completo de la persona que representa                                                                                                                               |                                    |                                               |                                    | Su relación               |  |                                    | No. de identidad de la persona de la que depende |                             |      |                                                            |

¿Cliente es APNFD? Si No

APNFD = Actividades y Profesiones No Financieras Designadas.

Si la respuesta es Si indicar que actividad APNFD realiza:

¿Cliente es Contratista del Estado? Si No

**Datos del Cónyuge**

|                                    |                  |                     |                    |
|------------------------------------|------------------|---------------------|--------------------|
| Primer apellido                    | Segundo apellido | Primer nombre       | Segundo nombre     |
| Nombre de la empresa donde trabaja |                  | Cargo que desempeña |                    |
| No. de Teléfono                    | No. de Celular   |                     | Correo electrónico |

Datos Persona Jurídica

|                                                                                             |           |  |                                                                               |                                     |                                                                            |     |          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|--|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-----|----------|
| Denominación y razón social                                                                 |           |  |                                                                               |                                     |                                                                            |     |          |
| Objeto social y/o actividad económica                                                       | RTN / RUC |  | No. de inscripción del registro mercantil                                     | Fecha de constitución de la empresa | Día                                                                        | Mes | Año      |
| Departamentos o países donde opera                                                          |           |  |                                                                               |                                     |                                                                            |     |          |
| 1                                                                                           | 2         |  | 7                                                                             |                                     |                                                                            |     |          |
| Origen de los recursos                                                                      |           |  | Monto aproximado del total de activos (Lempiras)                              |                                     |                                                                            |     |          |
| Venta o ingresos anuales (Lempiras)                                                         |           |  | ¿Pertenece a un grupo económico?                                              |                                     | Si <input type="checkbox"/><br>No <input type="checkbox"/>                 |     | ¿Cuál?   |
| Nombre de la empresa (1)                                                                    | Teléfono  |  | Referencias bancarias o comerciales                                           |                                     | Nombre de la empresa (2)                                                   |     | Teléfono |
| Nombre de la empresa (1)                                                                    | Teléfono  |  | Proveedores principales                                                       |                                     | Nombre de la empresa (2)                                                   |     | Teléfono |
| ¿Cliente es APNFD? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>                  |           |  | Si la respuesta es Si indicar que actividad APNFD realiza:                    |                                     |                                                                            |     |          |
| APNFD = Actividades y Profesiones No Financieras Designadas                                 |           |  |                                                                               |                                     |                                                                            |     |          |
| ¿Cliente es Contratista del Estado? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |           |  | ¿Cliente es ONG/OSFL? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |                                     | ONG = Organismo No Gubernamental<br>OSFL = Organización Sin Fines de Lucro |     |          |

II. Dirección de Residencia del Contratante o Representante Legal Dirección de cobro ☐

|                    |  |              |  |           |                    |        |                 |
|--------------------|--|--------------|--|-----------|--------------------|--------|-----------------|
| País               |  | Departamento |  | Municipio |                    | Ciudad |                 |
| Colonia            |  | Calle        |  | Avenida   |                    | Bloque | Casa No.        |
| Detallar dirección |  |              |  |           |                    |        | Apartado Postal |
| Teléfono           |  | Celular      |  |           | Correo electrónico |        |                 |

III. Dirección de Trabajo del Contratante o de la Empresa Dirección de cobro ☐

|                    |  |                 |  |           |                    |        |          |
|--------------------|--|-----------------|--|-----------|--------------------|--------|----------|
| País               |  | Departamento    |  | Municipio |                    | Ciudad |          |
| Colonia            |  | Calle           |  | Avenida   |                    | Bloque | Casa No. |
| Detallar dirección |  |                 |  |           |                    |        |          |
| Teléfono           |  | Celular         |  |           | Correo electrónico |        |          |
| Telefax            |  | Apartado Postal |  |           | Sitio web          |        |          |

IV. Vigencia

|        |             |        |             |
|--------|-------------|--------|-------------|
| Desde: | Al mediodía | Hasta: | Al mediodía |
|--------|-------------|--------|-------------|

V. Información de Otros Seguros

|                                                                                                  |                       |                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------------|
| ¿Tiene otros seguros con la compañía? Si <input type="checkbox"/><br>No <input type="checkbox"/> | ¿Qué tipo de seguros? | ¿Con cuál otra compañía tiene (tenía) seguros? |
| ¿Qué tipo de seguro?                                                                             |                       | Sumas aseguradas                               |

VI. Datos del Beneficiario Preferente

|                                  |                          |               |
|----------------------------------|--------------------------|---------------|
| Nombre completo del Beneficiario | Número de identificación | Participación |
|                                  |                          |               |
|                                  |                          |               |

|                     |              |           |          |
|---------------------|--------------|-----------|----------|
| Colonia:            | Casa número: | Teléfono: | Celular: |
| Detallar dirección: |              |           |          |
| Ciudad:             | Municipio:   |           |          |

Las declaraciones inexactas y las retinencias del Contratante, relativas a circunstancias tales que el Asegurado no habría dado su conocimiento o no la habría dado en las mismas condiciones si hubiese conocido el verdadero estado de las cosas, serán causa de anulación del contrato, cuando el Contratante haya obrado con dolo o culpa grave. Artículo 1141 del Código del Comercio vigente.

Yo/Nosotros garantizamos que el(los) bien(es) antes mencionado(s) es/son de mi/nuestra propiedad y que las declaraciones hechas y los particulares proporcionados son verdaderos y que no se ha ocultado o suprimido ninguna información material y Yo/Nosotros estoy/estamos de acuerdo en aceptar una póliza sujeta a los términos, exclusiones y condiciones que en ella se indiquen.

Lugar y Fecha:

## I. Tipo de Póliza

Específica: ☐

Declarativa: ☐Declarativa Mensual: ☐

|                                                                                   |                                    |                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| Descripción de Bienes Asegurados:                                                 |                                    |                                                                     |
|                                                                                   |                                    |                                                                     |
| Tipo de Empaque:                                                                  |                                    |                                                                     |
| Proveedor:                                                                        |                                    | Fecha de Salida:                                                    |
| Origen:                                                                           |                                    |                                                                     |
| Destino:                                                                          |                                    |                                                                     |
| Medio de Transporte:                                                              | Marítimo: <input type="checkbox"/> | Terrestre: <input type="checkbox"/> Aéreo: <input type="checkbox"/> |
| Vehículos Transportistas                                                          | Propios: <input type="checkbox"/>  | Subarrendado: <input type="checkbox"/>                              |
| (Si se utilizan combinado especificar qué porcentaje (%) corresponde a cada uno). |                                    |                                                                     |
| Especifique el Nombre del (los) Transportista(s):                                 |                                    |                                                                     |
|                                                                                   |                                    |                                                                     |
| Documentos de Embarque:                                                           |                                    |                                                                     |
| Conocimiento de Embarque:                                                         | No. de Bultos:                     | No. de Contenedores:                                                |
| Factura Pro forma:                                                                | Otros:                             |                                                                     |
| Especificar las Medidas de Seguridad:                                             |                                    |                                                                     |
|                                                                                   |                                    |                                                                     |
|                                                                                   |                                    |                                                                     |

|                                    |             |
|------------------------------------|-------------|
| Límite Máximo por Embarque:        | Moneda:     |
| Estimación Mensual de Embarques:   | Monto:      |
| Estimación Anual de Embarques:     | Monto:      |
| Importación: %      Exportación: % | Filiales: % |
| Distribución Nacional: %           | Otros: %    |

IV. Coberturas Requeridas

|                                               |                                                         |                          |                                                                    |                          |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Riesgos Ordinarios en Tránsito (ROT) AMPARADO | Huelgas y/o Alborotos Populares                         | <input type="checkbox"/> | Manchas                                                            | <input type="checkbox"/> |
| Roturas                                       | Contacto con otras mercancías, Oxidación y Licuefacción | <input type="checkbox"/> | Terremoto y erupción Volcánica                                     | <input type="checkbox"/> |
| Robo Parcial                                  | Robo de Bulto por entero                                | <input type="checkbox"/> | Robo Total                                                         | <input type="checkbox"/> |
| Mojaduras de Agua de Lluvia                   | Mojaduras de Agua de Mar                                | <input type="checkbox"/> | Embarcaciones o aeronaves, Automóviles, Camiones y otros vehículos | <input type="checkbox"/> |

V. Deducibles

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |

VI. Desglose de Prima, Número y medio de pago

|                                             |              |          |        |
|---------------------------------------------|--------------|----------|--------|
| Prima Neta                                  |              |          |        |
| Impuesto Sobre Venta 15%                    |              |          |        |
| Derecho de Emisión de la Póliza             |              |          |        |
| Prima Total                                 |              |          |        |
| Número de Pagos                             | Primer Pagos |          | Pagos  |
| Autorizo Débito a mi Tarjeta de Crédito No. |              | Compañía |        |
| Autorizo Débito a mi Cuenta Bancaria No.    |              | Cheques  | Ahorro |
|                                             |              |          | Banco  |

VII. Proporcionar Detalle Respecto a Siniestros Recientes (últimos 3 años)

| Fecha del evento | Monto (Incluido deducible) | Causa del Siniestro |
|------------------|----------------------------|---------------------|
|                  |                            |                     |
|                  |                            |                     |

VIII. Observaciones

|  |
|--|
|  |
|  |

IX. Firmas

Autorizo a LA COMPAÑÍA para que los documentos que acrediten la celebración de la póliza de seguro, incluyendo las condiciones generales o particulares, modificaciones realizadas a la misma, así como cualquier notificación relacionada a la operación, pueda ser remitida al correo electrónico indicado en esta solicitud.

|                        |                       |                                  |
|------------------------|-----------------------|----------------------------------|
|                        |                       |                                  |
| Nombre del Solicitante | Firma del Solicitante | Código y Firma del Intermediario |

ESTA SOLICITUD ESTA SUJETA A LA ACEPTACION DEL RIESGO PREVIA INSPECCION DEL MISMO

Favor adjuntar a esta solicitud copia de la siguiente documentación:

- ☐ Registro Tributario Nacional (RTN)
- ☐ Permiso de Operación
- ☐ Acta constitutiva o escritura debidamente inscrita
- ☐ Identidad el apoderado legal
- ☐ RTN apoderado legal
- ☐ Carta de poder de representante legal
- ☐ Formato para detallar beneficiarios finales de personas jurídicas
- ☐ Copia de las identidades de los accionistas
- ☐ Formato de identificación clientes PEP

Queda a criterio de LA COMPAÑÍA solicitar información adicional a la detallada anteriormente cuando así lo considere.

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No. 70/11-10-2021