

## SEGURO DE EQUIPO ELECTRÓNICO SOLICITUD DE SEGURO PERSONA NATURAL

Póliza No.			Categoría:		
Agencia:		Vigencia Desde:		Hasta:	
Hora:		Persona Natural <input type="checkbox"/>		Comerciante Individual <input type="checkbox"/>	
APNFD <input type="checkbox"/>		PEP <input type="checkbox"/>			
<b>Datos del Autorizado para Contratar / Persona Natural</b>					
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	
País		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	
<b>Dirección Completa de Residencia:</b>					
Departamento:			Municipio:		
Colonia:		Calle:		Avenida:	
Bloque No.:		Casa No.:		Teléfono de Residencia	
				No. De Celular	
Otras referencias o señas:					
Profesión, ocupación u oficio:					
<b>Origen de los Recursos</b>					
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"/>	
<b>Si el asegurado es estudiante o ama de casa, favor proporcionar la siguiente información: Información de la persona de quien depende económicamente</b>					
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	Personal
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Ubicación de los Bienes por Asegurar**

Dirección exacta \_\_\_\_\_



Dirección referenciada		
Tipo de construcción del edificio:	Concreto ( ) Ladrillo ( ) Hormigón ( ) Madera ( )	
Actividad del local donde está contenido el Equipo Electrónico: Casa de habitación ( ) Apartamento ( ) Industria ( ) Comercio ( )		
Colindancias		
<b>Estado del Equipo Electrónico por asegurar:</b>		
¿El equipo se mantiene conforme a las instrucciones del fabricante? Si ( ) No ( )		
¿El equipo está debidamente aterrizado? Si ( ) No ( )		
¿El equipo se encuentra a la temperatura indicada por el fabricante? Si ( ) No ( )		
<b>RIESGOS CUBIERTOS:</b>	<b>VALOR A ASEGURAR</b>	<b>DEDUCIBLES</b>
Riesgo No. 1: Daños materiales al Equipo Electrónico		
Riesgo No. 2: Portadores Externos de Datos		
Riesgo No. 3: Incremento en el Costo de Operación		
Coberturas Adicionales: Conforme a lo establecido en la Cláusula No. 1 Cobertura de las Condiciones Generales		
PRIMA NETA:	IMPUESTOS:	GASTOS:
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: <input type="checkbox"/> Subsiguientes: <input type="checkbox"/>
<b>Forma de Pago:</b>		
Tarjeta de crédito No.	Efectivo:	Cheque No.
Tarjeta de Débito No.	Depósito a Cuenta	Transferencia Bancaria No.
<b>SINIESTRALIDAD:</b>	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:		
<b>1) Declaraciones y Autorizaciones del Asegurado o Titular de la Póliza</b>		
<b>A) FIRMAS</b>		
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.		

