

## SEGURO DE EQUIPO ELECTRÓNICO

### SOLICITUD DE SEGURO PERSONA JURIDICA

Póliza No.			Categoría:		
Agencia:		Vigencia Desde:		Hasta:	
Persona Natural <input type="checkbox"/>		Comerciante Individual <input type="checkbox"/>		APNFD <input type="checkbox"/>	
			Hora: 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"/>	
		Estudiante <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: \_\_\_\_\_

<b>Nivel Aproximado de ingreso según el Salario Mínimo Mensual Vigente (actividad principal):</b> 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 ésta u otra (s) aseguradora (s) Sí  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?
			Financiera <input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

**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 <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?  
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 <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?  
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 <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?  
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

**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:

**Estado del Equipo Electrónico por Asegurar**

¿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 ( )

RIESGOS CUBIERTOS	VALOR A ASEGURAR	DEDUCIBLES
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:	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 \_\_\_\_\_

--	--	--

<b>Firma del Solicitante</b> (Huella digital si no puede escribir)	<b>Firma del Titular de la Póliza</b> (Huella digital si no puede escribir)	<b>Sello si aplica</b>
---	--	------------------------

--	--

<b>Nombre del Intermediario</b>	<b>Firma del Intermediario</b>
---------------------------------	--------------------------------

<b>Código No.</b> _____
-------------------------

--	--

<b>Nombre del Oficial de Negocio</b>	<b>Firma del Oficial de Negocios</b>
--------------------------------------	--------------------------------------

**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.

