

SEGURO DE EQUIPO Y MAQUINARIA DE CONTRATISTAS
SOLICITUD DE SEGURO PERSONA NATURAL

Póliza No.			Categoría:		
Agencia:	Vigencia Desde:	Hasta:	Hora:		
Persona Natural ☐	Comerciante Individual ☐	APNFD ☐	PEP ☐		
Datos del Autorizado para Contratar / Persona Natural					
COMO APARECE EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD					
Nombres:	Primer Apellido:	Segundo Apellido:		Apellido de Casada:	
Identidad No.:	Tipo de Identificación:	Cédula ☐	Pasaporte ☐	Carnet Resid. ☐	
RTN No.:	Fecha de Nacimiento: Día ____ Mes ____ Año ____				Edad:
Lugar de Nacimiento:	Municipio	Departamento	País	Nacionalidad (es)	
Género	Estado Civil				
Masculino ☐	Soltero (a) ☐	Casado (a) ☐	Viudo (a) ☐	Unión Libre ☐	
Femenino ☐					
Nombre completo del Cónyuge:				No. Identidad del Cónyuge	
Dirección Completa de Residencia:					
Departamento:		Municipio:			
Colonia:	Calle:	Avenida:			
Bloque No.:	Casa No.:	Teléfono de Residencia		No. De Celular	
Otras referencias o señas:					
Profesión, ocupación u oficio:					
Origen de los Recursos					
Actividad Económica Principal:					
Ocupación actual:	Asalariado ☐	Pensionado: ☐	Ama de casa ☐	Estudiante ☐	Independiente ☐
Si el asegurado es estudiante o ama de casa, favor proporcionar la siguiente información:					
Información de la persona de quien depende económicamente					
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 ☐

Ubicación de los Bienes por Asegurar		
Dirección exacta _____		
Dirección referenciada _____		
Colindancias _____		
Características de la Maquinaria por Asegurar		
Marca de Fábrica _____ Tipo _____ Modelo _____		
Año de Fabricación _____ No. De Serie _____ No. De Motor _____		
No. De Placa _____ Cantidad de Pasajeros _____ Fecha de Compra _____		
Estado en lo adquirió _____ Cantidad que adeuda _____ Forma de compra _____		
Donde guarda la maquinaria durante el día _____ Durante la noche _____		
La maquinaria está en parte o totalmente alquilados: En caso de que su respuesta sea afirmativa, favor indicar nombre y dirección del propietario _____		
El equipo y la maquinaria a asegurar están expuestos en forma extraordinaria a riesgos especiales? Incendio, explosión Sí ☐ No ☐ Terremotos, volcanismo, maremotos Sí ☐ No ☐ Huracán, Ciclón Sí ☐ No ☐ Avenida / Inundación Sí ☐ No ☐ Derrumbes Sí ☐ No ☐ Uso de explosivos Sí ☐ No ☐ Labores en montañas Sí ☐ No ☐ Labores Subterráneas Sí ☐ No ☐ Desea usted que la cobertura incluya gastos adicionales para: Horas extra, trabajo nocturno, trabajo en días festivos? Si () No () Límite a Asegurar _____		
Desea usted asegurar el transporte dentro del país? Si () No () En caso afirmativo, favor especificar: Valor máximo por cada medio de Transporte: _____		
RIESGOS CUBIERTOS:	VALOR A ASEGURAR	DEDUCIBLES
Incendio y/o rayo		
Ciclón, tornado, vendaval, huracán y granizo		
Colisión, descarrilamiento o volcadura del medio de transporte terrestre en el que los bienes asegurados fueran transportados		
Inundación (alza del nivel del agua o avenidas, desbordamiento de ríos, esteros y lagos) Temblor, terremoto o erupción volcánica		
Temblor, terremoto o erupción volcánica		
Incendio, rayo, varada, hundimiento o colisión del chalán de transbordo regular en el que los bienes asegurados fueran transportados		
Caída, colisión, atascamiento, hundimiento o volcadura.		
Robo de unidades completas.		
Derrumbes y deslaves.		



DETALLE DE MAQUINARIA		VALOR A ASEGURAR	DEDUCIBLES	
PRIMA NETA:		IMPUESTOS:	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: SI ☐ 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 _____				
Firma del Solicitante		Firma del Titular de la Póliza		Sello si aplica
(Huella digital si no puede escribir)		(Huella digital si no puede escribir)		
Nombre del Intermediario		Firma del Intermediario		



Código No. _____	
_____	_____
Nombre del Oficial de Negocio	Firma del Oficial de Negocios
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.	

