

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

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"/>
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 <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"/>	Viudo (a) <input type="checkbox"/>
Femenino <input type="checkbox"/>	Unión Libre <input type="checkbox"/>		
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 <input type="checkbox"/>	Pensionado <input type="checkbox"/>	Estudiante <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/>
Posee Negocio Propio:			
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
En caso de que su respuesta sea afirmativa, completar el formulario de identificación y vincular a las 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: _____

Nivel Aproximado de ingreso según el Salario Mínimo Mensual Vigente (actividad principal): 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:

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:	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 comprobase 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 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.		

