

## SEGURO DE TRANSPORTE SOLICITUD DE SEGURO (PERSONA NATURAL)

<b>Póliza No.</b>		<b>Categoría:</b>		
<b>Agencia:</b>	<b>Vigencia Desde:</b>	<b>Hasta:</b>	<b>Hora:</b>	
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				
<b>Nombres:</b>	<b>Primer Apellido:</b>	<b>Segundo Apellido:</b>		<b>Apellido de Casada:</b>
<b>Identidad No.:</b>	<b>Tipo de Identificación:</b>	Cédula <input type="checkbox"/>	Pasaporte <input type="checkbox"/>	Carnet Resid. <input type="checkbox"/>
<b>RTN No.:</b>	<b>Fecha de Nacimiento:</b> Día ____ Mes ____ Año ____			<b>Edad:</b>
<b>Lugar de Nacimiento:</b>	<b>Municipio</b>	<b>Departamento</b>	<b>País</b>	<b>Nacionalidad (es)</b>
<b>Género</b>		<b>Estado Civil</b>		
Masculino <input type="checkbox"/>	Femenino <input type="checkbox"/>	Soltero (a) <input type="checkbox"/>	Casado (a) <input type="checkbox"/>	Viudo (a) <input type="checkbox"/>
Nombre completo del Cónyuge: <input type="checkbox"/>			No. Identidad del Cónyuge <input type="checkbox"/>	
<b>Dirección Completa de Residencia:</b>				
<b>Departamento:</b>		<b>Municipio:</b>		
<b>Colonia:</b>		<b>Calle:</b>	<b>Avenida:</b>	
<b>Bloque No.:</b>	<b>Casa No.:</b>	<b>Teléfono de Residencia</b>		<b>No. De Celular</b>
<b>Otras referencias o señas:</b>				
<b>Profesión, ocupación u oficio</b>				
<b>Origen de los Recursos</b>				
<b>Actividad Económica Principal:</b>				
<b>Ocupación actual:</b>	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>				
<b>Primer Nombre:</b>	<b>Segundo Nombre:</b>	<b>Primer Apellido:</b>	<b>Segundo Apellido:</b>	<b>Apellido de Casada:</b>
<b>No. De Identidad:</b>	<b>Actividad Económica que Desarrolla:</b>			<b>Parentesco o Afinidad:</b>

**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) Si  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)? Si  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 <input type="checkbox"/>	Personal <input type="checkbox"/>

**MEDIO DE TRANSPORTE****AÉREO:****MARÍTIMO:****TERRESTRE:**

Nombre del transportista: \_\_\_\_\_

**Datos del Vehículo o del Medio Transportador de los bienes**

Marca: \_\_\_\_\_

Modelo: \_\_\_\_\_

Color: \_\_\_\_\_

Placa: \_\_\_\_\_

Nombre de la línea naviera: \_\_\_\_\_

Nombre del buque: \_\_\_\_\_

Tipo de buque: \_\_\_\_\_

Edad del buque: \_\_\_\_\_

Nombre de la línea aérea: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL CONDUCTOR**

Nombre completo:		
Licencia vigente: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tipo de licencia: Liviana <input type="checkbox"/> Pesada <input type="checkbox"/> Motocicleta <input type="checkbox"/>		
<b>RUTAS</b>		
Lugar de embarque:		Lugar de desembarque:
Transbordos: Detallar si los habrá		
<b>MEDIDAS DE SEGURIDAD</b>		
Tipo de embalaje / empaque / envase:		
<b>BIENES POR ASEGURAR (Anexar factura de compra)</b>		
<b>BENEFICIARIO COMO ACREEDOR HIPOTECARIO O PRENDARIO</b>		
Razón social o mercantil:		Dirección:
Motivo de la cesión:		Monto a endosar:
<b>RIESGOS CUBIERTOS:</b>		<b>DEDUCIBLES</b>
<p><b>a) Transporte Marítimo</b></p> <p>a) Incendio, varadura, hundimiento o colisión del barco;</p> <p>b) Pérdida total de bultos enteros caídos al mar durante las maniobras de carga, transbordo o descarga;</p> <p>c) Baratería del capitán o tripulación, salvo cuando el Asegurado sea propietario de o interesado en la embarcación en todo o en parte;</p> <p>d) Avería Gruesa o General y Cargos de Salvamento, que serán pagadas según las disposiciones del Código de Comercio de la República de Honduras, conforme a las "Reglas York-Amberes", o por liquidación Extranjera, de acuerdo con lo que estipule la Carta de Porte o Contrato de Fletamento.</p> <p>Asimismo, queda incluido el transporte por embarcaciones menores a y desde el buque, considerándose cada embarcación, balsa, gabarra o chalán asegurado separadamente, salvo pacto en contrario.</p>		
<p><b>b) Transporte Terrestre y/o Aéreo</b></p> <p>Cubre pérdidas o daños causados directamente por incendio, rayo y explosión; auto ignición, desplome, colisión, volcadura o descarrilamiento del vehículo u otro medio de transporte empleado, incluyendo hundimiento o rotura de puentes.</p>		
PRIMA NETA:		IMPUESTOS:
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:
		Subsiguientes:
<b>Forma de Pago:</b>		
Tarjeta de crédito No.		Efectivo: <input type="checkbox"/> Cheque No.
Tarjeta de Débito No.		Depósito a Cuenta
Transferencia Bancaria No.		
<b>SINIESTRALIDAD:</b>	¿Alguna o toda la maquinaria por asegurar ha tenido siniestros en los últimos 5 años?	SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Si su respuesta fue afirmativa, favor especifique causas, fecha del siniestro, tipo de daño, valor indemnizado, tipo de reparación realizada

### 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. 1141 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>
--	---	---------------------------------

\_\_\_\_\_  
**Nombre del Intermediario**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Intermediario**

**Código No.** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Nombre del Oficial de Negocios**

\_\_\_\_\_  
**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.