

La siguiente solicitud deberá ser completada con letra de molde

A. DATOS DEL ASEGURADO

PARA USO EXCLUSIVO DE LA COMPAÑÍA	Oficina:	Código de Contratante:
Vinculación:	No. de solicitud:	No. de póliza:

I. Datos Generales del Tomador del Seguro Persona natural Persona jurídica

Datos Persona Natural/Representante Legal

Nombre comercial			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Apellido de casada	Identidad <input type="checkbox"/> Carnet de residencia <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/>	No. de documento	Fecha de vencimiento del documento Día Mes Año
RTN contratante natural o representante legal	Lugar de nacimiento	Fecha de nacimiento Día Mes Año	Edad Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Nacionalidad 1 2 3			
Profesión, ocupación, oficio o actividad económica		Estado civil Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/>	
Nombre de la empresa donde trabaja o nombre del negocio propio		Cargo que desempeña	
Tiempo de laborar		Giro de la empresa	
Con que instituciones financieras posee cuentas:		Origen de los recursos	
Nivel aproximado de ingresos L 0.00 - L 27,000.00 <input type="checkbox"/> L 27,000.01 - L 53,000.00 <input type="checkbox"/> L 53,000.01 - L 89,000.00 <input type="checkbox"/> L 89,000.01 - L 177,000.00 <input type="checkbox"/> L 177,000.01 - L 442,000.00 <input type="checkbox"/> Mayor a L 442,000.01 <input type="checkbox"/>			
¿Ha desempeñado algún cargo público usted o un familiar suyo en los últimos 4 años? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		(Si aplica) Cargo: (Si aplica) Instituciones:	
En caso de ser afirmativo completar el SPS-F.CR-01 formulario de identificación y vinculación para personas expuestas políticamente (Aplica para nacionales y extranjeros)			
¿Actúa en nombre o representación de otra persona? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Si la respuesta es Si indicar:	
Nombre completo de la persona que representa		Su relación	No. de identidad de la persona que representa
¿Depende económicamente de otra persona? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Si la respuesta es Si indicar:	
Nombre completo de la persona que representa		Su relación	No. de identidad de la persona de la que depende
¿Cliente es APNFD? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> APNFD = Actividades y Profesiones No Financieras Designadas.		Si la respuesta es Si indicar que actividad APNFD realiza:	
¿Cliente es Contratista del Estado? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			

Datos del Cónyuge

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Nombre de la empresa donde trabaja		Cargo que desempeña	
No. de Teléfono	No. de Celular	Correo electrónico	

Datos Persona Jurídica

Denominación y razón social					
Objeto social y/o actividad económica	RTN / RUC		No. de inscripción del registro mercantil	Fecha de constitución de la empresa	Día Mes Año
Departamentos o países donde opera					
1	2	3			
Origen de los recursos			Monto aproximado del total de activos (Lempiras)		
Venta o ingresos anuales (Lempiras)			¿Pertenece a un grupo económico? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Cuál?	
Nombre de la empresa (1)		Teléfono	Referencias bancarias o comerciales Nombre de la empresa (2)		Teléfono
Nombre de la empresa (1)		Teléfono	Proveedores principales Nombre de la empresa (2)		Teléfono
¿Cliente es APNFD? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> APNFD = Actividades y Profesiones No Financieras Designadas			Si la respuesta es Si indicar que actividad APNFD realiza:		
¿Cliente es Contratista del Estado? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			¿Cliente es ONG/OSFL? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ONG = Organismo No Gubernamental OSFL = Organización Sin Fines de Lucro		

II. Dirección de Residencia del Contratante o Representante Legal Dirección de cobro

País	Departamento	Municipio	Ciudad		
Colonia	Calle	Avenida	Bloque	Casa No.	
Detallar dirección					Apartado Postal
Teléfono		Celular		Correo electrónico	

III. Dirección de Trabajo del Contratante o de la Empresa Dirección de cobro

País	Departamento	Municipio	Ciudad		
Colonia	Calle	Avenida	Bloque	Casa No.	
Detallar dirección					
Teléfono		Celular		Correo electrónico	
Telefax		Apartado Postal		Sitio web	

IV. Vigencia

Desde:	Al medio día	Hasta:	Al medio día
--------	--------------	--------	--------------

V. Información de Otros Seguros

¿Tiene otros seguros con la compañía? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Qué tipo de seguros?	¿Con cuál otra compañía tiene (tenía) seguros?
	¿Qué tipo de seguro?	Sumas aseguradas

VI. Datos del Beneficiario Preferente

Nombre completo del Beneficiario	Número de identificación	Participación

VII. Dirección del Beneficiario

Colonia:	Casa número:	Teléfono:	Celular:
Detallar dirección:			
Ciudad:		Municipio:	

En caso de necesitar incluir más beneficiarios solicite hojas para anexarlos

B. ESPECIFICACIONES DEL RIESGO**I. Dirección del Bien Asegurado**

Colonia		Calle		Avenida		Bloque	
Casa	Teléfono		Fax		Correo electrónico		
País		Departamento		Municipio		Ciudad	

En caso que sean varias ubicaciones, anexas listado complementando los datos anteriores

II. Descripción exacta de la(s) Actividades o Giro del Asegurado

Material de construcción del edificio Armadura de acero Ladrillo Hormigón Madera

¿Ya están asegurados los equipos? Si No Vigencia desde: _____ Hasta: _____

El personal cuenta con capacitación y adiestramiento del Distribuidor o Fabricante?

Si No Especifique: _____

III. Medidas de seguridad Extintores Detectores de humo Alarmas Hidrantes Empresa de mantenimiento Vigilancia

Indique el nombre de las empresas que brindan servicio de seguridad y mantenimiento: _____

COBERTURA BÁSICA

Sección I Daños Materiales: 1. Incendio, impacto de rayo, explosión, implosión. 2. Humo, hollín; gases o líquidos o polvos corrosivos, 3. Inundación; acción del agua y humedad, siempre y que no provengan de condiciones atmosféricas normales ni del ambiente en que se encuentren los bienes asegurados, 4. Cortocircuito, azogamiento, arco voltaico, perturbaciones por campos magnéticos; aislamiento insuficiente, sobretensiones causadas por rayos, tostación de aislamientos, 5. Errores de construcción, fallas de montaje, defectos de material, 6. Errores de manejo, descuido, impericia; así como daños malintencionados y dolo de terceros, 7. Robo con violencia. 8. Granizo, helada, tempestad, 9. Hundimiento del terreno, deslizamientos de tierra, caída de rocas, aludes, 10. Otros accidentes no excluidos en esta póliza ni en las condiciones especiales a ella adosadas, en forma tal que necesitaran reparación o reemplazo, La Compañía indemnizará al Asegurado tales pérdidas o daños, según se estipula en esta póliza, en efectivo, o reparando o reemplazándolos (a elección de la Compañía) hasta una suma que por cada anualidad de seguro no exceda de la suma asegurada asignada a cada bien asegurado en la parte descriptiva y de la cantidad total garantizada por esta póliza, según se indica en la misma parte descriptiva.

IV. Indicar que coberturas adicionales requiere para el Seguro:

		Suma Asegurada
<input type="checkbox"/>	Sección II: Portadores Externos de Datos La Compañía acuerda con el asegurado que, si los portadores externos de datos especificados en la parte descriptiva, incluidas las informaciones ahí acumuladas que pueden ser directamente procesadas en sistemas electrónicos de procesamiento de datos, sufrieran un daño material indemnizable bajo la sección I de esta póliza, La Compañía indemnizará al Asegurado tales pérdidas o daños, según los términos y condiciones estipulados en esta póliza, hasta una suma que por cada anualidad de seguro no exceda de la suma asegurada asignada a cada uno de los portadores externos de datos especificados en la parte descriptiva y de la cantidad total garantizada por esta póliza según se indica en la misma parte descriptiva, siempre que estas pérdidas y daños ocurran en el curso de la vigencia del seguro especificada en la parte descriptiva o durante cualquier período de renovación del seguro por el cual el Asegurado ha pagado y La Compañía ha percibido la prima correspondiente. La presente cobertura opera solamente mientras que los portadores de datos se hallen dentro del predio estipulado en la parte descriptiva.	
<input type="checkbox"/>	Sección III: Incremento en el Costo de Operación La Compañía acuerda con el Asegurado que, si un daño material indemnizable según los términos y condiciones de la sección I de esta póliza diera lugar a una interrupción parcial o total de la operación del sistema electrónico de procesamiento de datos especificado en la parte descriptiva, La Compañía indemnizará al Asegurado por concepto de cualquier gasto adicional que el Asegurado pruebe haber desembolsado al usar un sistema electrónico de procesamiento de datos ajeno y suplente que no esté asegurado en esta póliza, hasta una suma que no exceda de la indemnización diaria convenida ni, en total, de la suma asegurada que por cada anualidad de seguro se estipule en la parte descriptiva, siempre que tal interrupción ocurra en el curso de la vigencia del seguro especificada en la parte descriptiva o durante cualquier periodo de renovación del seguro por el cual el Asegurado ha pagado y La Compañía ha percibido la Prima Correspondiente.	

Huelga, Motín y Conmoción Civil	<input type="checkbox"/>	Gastos Extraordinarios	<input type="checkbox"/>	Flete Aéreo	<input type="checkbox"/>	Equipo móvil y/0 portátil	<input type="checkbox"/>	Terremoto	<input type="checkbox"/>	Tifón, ciclón y huracán	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>	Especifique									
Para la cobertura del Equipo Móvil, debe indicar propósito y lugares de desplazamiento											

Lugar y fecha:

VIII. Firmas

Autorizo a LA COMPAÑÍA para que los documentos que acrediten la celebración de la póliza de seguro, incluyendo las condiciones generales o particulares, modificaciones realizadas a la misma, así como cualquier notificación relacionada a la operación, pueda ser remitida al correo electrónico indicado en esta solicitud.

Nombre del solicitante	Firma del solicitante	Código y firma del intermediario

ESTA SOLICITUD ESTÁ SUJETA A LA ACEPTACIÓN DEL RIESGO PREVIA INSPECCIÓN DEL MISMO

IX. Favor adjuntar a esta solicitud copia de la siguiente documentación:

- Registro Tributario Nacional (RTN) Identidad del Apoderado LegalFormato para detallar Beneficiarios Finales de Personas
 - Jurídicas
 - Permiso de OperaciónRTN Apoderado LegalCopia de las Identidades de los Accionistas
- Acta Constitutiva o Escritura Carta de Poder de Representante LegalFormato de Identificación de Clientes PEP debidamente inscrita

Queda a criterio de LA COMPAÑÍA solicitar información adicional a la detallada anteriormente cuando así lo considere.

Para futuras ofertas de aseguramiento

Otros Bienes Potencialmente Asegurables: