

**SEGURO TODO RIESGO DE INCENDIO**  
**SOLICITUD DE SEGURO PERSONA JURÍDICA**

<b>Póliza No.</b>			<b>Categoría:</b>		
<b>Agencia:</b>	<b>Vigencia Desde:</b>	<b>Hasta:</b>	<b>Hora:</b>		
<b>Persona Natural</b> <input type="checkbox"/>	<b>Comerciante Individual</b> <input type="checkbox"/>	<b>APNFD</b> <input type="checkbox"/>	<b>PEP</b> <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>	<b>Cédula</b> <input type="checkbox"/>	<b>Pasaporte</b> <input type="checkbox"/>	<b>Carnet Resid.</b> <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>				
<b>Masculino</b> <input type="checkbox"/>	<b>Soltero (a)</b> <input type="checkbox"/>	<b>Casado (a)</b> <input type="checkbox"/>	<b>Viudo (a)</b> <input type="checkbox"/>	<b>Unión Libre</b> <input type="checkbox"/>	
<b>Femenino</b> <input type="checkbox"/>					
<b>Nombre completo del Cónyuge:</b>			<b>No. Identidad del Cónyuge</b>		
<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>	<b>Asalariado</b> <input type="checkbox"/>	<b>Pensionado</b> <input type="checkbox"/>	<b>Estudiante</b> <input type="checkbox"/>	<b>Independiente</b> <input type="checkbox"/>	
<b>Posee Negocio Propio:</b>					
<b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/>	<b>Nombre del Negocio (si aplica)</b>	<b>Giro o Actividad económica del negocio:</b>			
<b>Nombre de la empresa donde labora:</b>	<b>Posición / cargo que desempeña:</b>			<b>Fecha de empleo:</b> Día ____ Mes ____ Año ____	
<b>Es usted una persona expuesta públicamente (PEP)</b> <input type="checkbox"/> <b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <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: _____			
<b>Dirección Completa de la Empresa</b>			
Departamento:	Municipio:	Ciudad:	Colonia / Barrio:
Calle:	Bloque:	Avenida:	Edificio:
Teléfono del Trabajo:	No. Fax:	Correo Electrónico:	Sitio Web:
Otras referencias o señas: _____			
<b>Información Financiera del Asegurado / Representante Legal</b>			
Especifique su fuente de ingresos: _____			
<b>Nivel Aproximado de ingreso según el Salario Mínimo Mensual Vigente (actividad principal):</b>		¿Recibe ingresos diferentes a su actividad principal?	
De 0 - 3	<input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
De 4 - 6	<input type="checkbox"/>	Si su respuesta es Si detalle:	
De 7 - 10	<input type="checkbox"/>	Fuente de ingresos: _____	
De 11 - 20	<input type="checkbox"/>	Valor mensual estimado: _____	
De 21 - 50	<input type="checkbox"/>	¿Realiza transacciones en moneda extranjera?	
De 50 en adelante	<input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
		Tipo de moneda: Dólar <input type="checkbox"/> Euro <input type="checkbox"/> Otra: _____	
<b>Información de Seguros</b>			
Propósito del Seguro: _____			
Mantiene pólizas suscritas con ésta u otra (s) aseguradora (s)    Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Nombre de la aseguradora:	Tipo (s) de seguro (s):	Suma (s) asegurada (s):	
<b>Datos del Beneficiario Final</b>			
¿Actúa en nombre propio? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
En caso de que su respuesta sea negativa, especifique el nombre del tercero por el que actúa			
<b>Nombre Completo</b>	<b>Identidad / RTN</b>	<b>Parentesco</b>	<b>Relación (marque con x)</b>
			Financiera <input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/>
		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
<b>Datos Generales del Contratante</b>			
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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
Si su respuesta es afirmativa, ¿cómo lo hace?: Seminarios <input type="checkbox"/> Capacitación <input type="checkbox"/> Charlas <input type="checkbox"/> Trifolios <input type="checkbox"/> Otros _____					
<b>Información de Accionistas (25% de participación) cantidad de accionistas (este debe detallar sus dueños hasta llegar al beneficiario final):</b>					
<b>Nombre Completo y/o Razón Social</b>	<b>Tipo de Identificación</b>	<b>No. De Identificación</b>	<b>Origen de los Fondos</b>	<b>Participación %</b>	<b>¿Es un PEP? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></b>
En caso de los accionistas <b>que no cuenten</b> con el porcentaje de participación requerido, o que sea otra Persona Jurídica reportar <b>la totalidad accionaria en una hoja adicional.</b>					
¿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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso de que su respuesta sea negativa, favor especifique en la tabla que se detalla a continuación los beneficiarios finales:					
<b>Nombre Completo y/o Razón Social</b>	<b>Tipo de Identificación</b>	<b>No. De Identificación</b>	<b>Origen de los Fondos</b>	<b>Participación %</b>	<b>¿Es un PEP? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></b>
¿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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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)					
<b>Especifique la procedencia de los fondos para el pago de la prima del seguro:</b>					
<b>Información Financiera del Contratante (marque con una X los valores que correspondan)</b>					
<b>Ingresos y Egresos</b>	<b>Total Ingresos Anuales</b>	<b>Total Egresos Anuales</b>	<b>Activos y Pasivos (Lps.)</b>	<b>Total Activos</b>	<b>Total Pasivos</b>
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		
<b>Referencias Bancarias o Comerciales del Contratante</b>					
<b>Denominación Social</b>	<b>Nombre Comercial</b>	<b>Número RTN</b>			

**Detalle dos (2) Proveedores que le brindan Servicios**

Denominación Social	Nombre Comercial	Número RTN

**Ubicación de los Bienes por Asegurar**

Dirección exacta y detallada:

Dirección referenciada:

Propietario del edificio:

Propietario del contenido:

Actividad principal del bien a asegurar:

¿Dentro del edificio a asegurar hay artículos inflamables?    Sí            No

¿En dónde se depositan?

¿Qué porcentaje representan del total de las existencias?

RIESGOS CUBIERTOS	VALOR A ASEGURAR	DEDUCIBLES
Con sujeción a sus términos y condiciones, el seguro que consta de esta Póliza cubrirá todo riesgo de pérdida o daño causado por cualquier riesgo que no esté expresamente excluido ni en las condiciones generales ni en las condiciones particulares.		

DESGLOSE DE BIENES Y VALORES A ASEGURAR	VALOR A ASEGURAR	DEDUCIBLE
EDIFICIO (SIN INCLUIR EL VALOR DEL TERRENO)		
CONTENIDO		
MURO PERIMETRAL		
MURO DE CONTENCIÓN		
MEJORAS E INSTALACIONES		
MOBILIARIO Y EQUIPO		
MAQUINARIA, EQUIPO Y HERRAMIENTAS		
EXISTENCIA DE MERCADERÍAS EN TIENDA		
EXISTENCIA DE MERCADERÍAS EN BODEGA		
MATERIA PRIMA		
PRODUCTO EN PROCESO		
PRODUCTO TERMINADO		
INTERRUPCIÓN DE NEGOCIOS (Indicar período de indemnización):		
GASTOS FIJOS		
SUELDOS Y SALARIOS		
GASTOS POR RENTA		
PERDIDA DE ALQUILERES		
OTROS (Especificar)		

<b>SUBLIMITES</b>		
Robo con violencia, asalto y/o atraco		
Cristales		
Rótulos		
Responsabilidad Civil (Predios y Operaciones)		
Rotura de Maquinaria		
Transporte Incidental		
Equipo Electrónico		
Dinero y Valores		

PRIMA NETA:	IMPUESTO SOBRE VENTAS:	GASTOS DE EMISIÓN:
PRIMA TOTAL:	PAGO DE CONTADO:	

Fraccionamiento: Sí  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>	<b>Firma del Titular de la Póliza</b>	<b>Sello si aplica</b>
<b>(Huella digital si no puede escribir)</b>	<b>(Huella digital si no puede escribir)</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.