

SEGURO TODO RIESGO DE INCENDIO
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?

Sí ☐ No ☐

Si su respuesta es Si detalle:

Fuente de ingresos: _____

Valor mensual estimado: _____

¿Realiza transacciones en moneda extranjera?

Sí ☐ 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?

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)**Financiera ☐Personal ☐

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? ¿Si No En donde 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)		
SUBLIMITES		
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:	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.
Tarjeta de Débito No.	Depósito a Cuenta	Transferencia Bancaria No.
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 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 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.	