

SEGURO DE DINERO Y VALORES
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"/>	Unión Libre <input type="checkbox"/>	
Femenino <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) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <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: _____			
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):		¿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: _____	
Información de Seguros			
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):	
Datos del Beneficiario Final			
¿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			
Nombre Completo	Identidad / RTN	Parentesco	Relación (marque con x)
		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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
Si su respuesta es afirmativa, ¿cómo lo hace?: Seminarios <input type="checkbox"/> Capacitaciones <input type="checkbox"/> Charlas <input type="checkbox"/> Trifolios <input type="checkbox"/> 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 <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:					
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 <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)					
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 DEL BIEN A ASEGURAR (Si son varias favor completar la información en un anexo)

Ubicación exacta:

Referencias:

Propietario del edificio:

MEDIDAS DE SEGURIDAD

¿El local cuenta con alarma en funcionamiento? Sí No

¿Guardias de Seguridad armados? Si No Cuantos: _____

¿El local cuenta con caja fuerte? Sí No Marca: _____ Modelo: _____

Dimensiones de la caja fuerte: _____ Está empotrada? Sí No

DEPOSITOS BANCARIOS:

Frecuencia: _____ Distancia: _____ Vehículo propio o arrendado: _____

No de guardias: _____ Van armados?: _____ Les acompaña un empleado de confianza?: _____

PLANILLAS:

Frecuencia de pagos: _____ Distancia: _____ Valor: _____

VEHÍCULO PARA TRANSPORTE DE VALORES:

¿Es blindado?: _____, en caso de ser afirmativo, favor indicar nivel de blindaje: _____

¿Lo acompañan guardias de seguridad? _____, van armados? _____

HORAS Y RUTAS DE LOS TRASLADOS:

No. De traslados diarios: _____

DATOS ADICIONALES:

Cobradores Si No Cuantos: _____ Vehículo que usan los cobradores:

Área que recorren: _____ Van armados? Sí No

Vendedores de ruta: Si No Cuantos: _____ Vehículo que usan los vendedores:

Área que recorren: _____

RIESGOS CUBIERTOS	VALOR A ASEGURAR	DEDUCIBLES
Dentro del local		
Fuera del local		
Daños materiales		
Incendio y/o explosión		

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

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. 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.		