

SEGURO DE DINERO Y VALORES
SOLICITUD DE SEGURO (PERSONA NATURAL)

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"/>	Ama de casa <input type="checkbox"/>	Estudiante <input type="checkbox"/>	Independiente <input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>
De 4 - 6	<input type="checkbox"/>
De 7 - 10	<input type="checkbox"/>
De 11 - 20	<input type="checkbox"/>
De 21 - 50	<input type="checkbox"/>
De 50 en adelante	<input type="checkbox"/>

¿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) 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?

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"/>

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
Pérdida Dentro del local		
Pérdida Fuera del local		
Daños materiales		
Incendio y/o explosión		
PRIMA NETA:	IMPUESTOS:	GASTOS DE EMISIÓN:
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:
Forma de Pago:		
Tarjeta de crédito No.	Efectivo:	Cheque No.
Tarjeta de Débito No.	Depósito a Cuenta	Transferenci a Bancaria No.

SINIESTRALIDAD:SI 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 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. 376 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.