

La siguiente solicitud deberá ser completada con letra de molde

Código: SPN-F.DTD-18

**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 <input type="checkbox"/> Sexo <input type="checkbox"/> M F
Nacionalidad			
1	2	7	
Profesión, ocupación, oficio o actividad económica		Estado civil	Unión libre Viudo
Nombre de la empresa donde trabaja o nombre del negocio propio		Soltero Casado Divorciado	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	L 27,000.01 - L 57,000.00	L 57,000.01 - L 89,000.00	L 89,000.01 - L 177,000.00 L 177,000.01 - L 442,000.00 Mayor a L 442,000.01
¿Ha desempeñado algún cargo público usted o un familiar suyo en los últimos 4 años?	Si No	(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 No	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 No	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 No

APNFD = Actividades y Profesiones No Financieras Designadas.

Si la respuesta es Si indicar que actividad APNFD realiza:

¿Cliente es Contratista del Estado? Si No

**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		7			
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"/>		Si la respuesta es Si indicar que actividad APNFD realiza:				
APNFD = Actividades y Profesiones No Financieras Designadas						
¿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 mediodía	Hasta:	Al mediodía
--------	-------------	--------	-------------

**V. Información de Otros Seguros**

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

**VI. Datos del Beneficiario Preferente**

Nombre completo del Beneficiario	Número de identificación	Participación

**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 No.:
Teléfono:	Fax:	E-mail:	Apartado Postal:	
País:	Depto:	Ciudad:	Municipio:	

**II. Favor proporcionar detalles con respecto a los siniestros**

Fecha del Siniestro	Embarcación	Monto (incluyendo el deducible)	Causa del Siniestro

**III. Detalles de la embarcación**

Nombre de la Embarcación:	Valor (US\$)
Tipo de Embarcación:	Año de Construcción:
Tamaño (tonelaje bruto o dimensiones)	
Tipo de Construcción:	Bandera:
Matrícula Vigente:	
Nombre del Capitán:	
Experiencia:	
Descripción de la Máquina de propulsión:	
Límites Geográficos de Navegación:	

**IV. Cobertura:**

No.	Riesgos Cubiertos:	Sumas Aseguradas
a)	La pérdida total real o implícita del buque, causada como consecuencia de los siguientes peligros en mares, esteros, puertos, canales, ríos, lagos, varaderos, diques, dársenas y viaductos	
b)	La furia de los elementos; explosión y rayo; Varada, hundimiento, incendio y colisión del buque, y la contribución que corresponda al buque, hasta por su valor asegurado, en la avería gruesa o general y en los cargos del salvamento o de auxilio, que será pagada según las disposiciones del derecho hondureño, conforme a las reglas de York, Amberes, si así se pacta, o conforme a las leyes o prácticas extranjeras que sean aplicables.	
c)	Cuando el valor que se le asigne al buque para propósitos de contribución en avería gruesa, o cuando el valor dado al buque en esta póliza; resulten mayores que el monto del seguro, la responsabilidad de la Compañía para propósitos de contribución en avería gruesa, gastos de salvamento o de auxilio se limitará, dentro de la responsabilidad del Asegurado, al mismo porcentaje que exista entre la suma asegurada y el valor dado al buque en esta póliza o dicho valor contribuyente	
d)	Los bienes asegurados mientras se encuentren a flote en aguas territoriales de la República de Honduras, Además, se conviene que los barcos se encuentran asegurados mientras estén en diques secos en reparación o inspección dentro de la República de Honduras.	

**V. Riesgos Excluidos, pero pueden ser cubiertos mediante Convenio Expreso:**

La Compañía no será responsable por ningún daño o pérdida que tenga como causa u origen un peligro de los que enseguida se mencionan a menos que se pacte expresamente su protección por medio de endoso a esta póliza. El Asegurado pagará la prima adicional correspondiente.

Los daños materiales causados por huelguistas o personas que tomen parte en paros, disturbios de carácter obrero, motines o alborotos populares, o bien por las medidas que para reprimir esos actos tomen las autoridades.

Los daños materiales causados por apresamiento, confiscación, destrucción o daño por ingenios o barcos de guerra, piratería, apoderamiento, arrestos, restricciones detenciones u otras actividades de guerra o beligerancia, actos de reyes, príncipes, o pueblos en prosecución o en la aplicación de sanciones bajo convenios internacionales, ya ocurran antes o después de declaración de guerra y sean por un beligerante o no, incluyendo facciones empañadas en guerra civil, revolución, rebelión o insurrección o contiendas civiles que resulten de estos acontecimientos, bombardeos aéreos, minas flotantes o estacionarias o torpedos perdidos o abandonados, así como por cualquier arma de guerra que emplee fisión nuclear, o ambas, u otra reacción, fuerza o materia radioactiva.

Desea usted que la cobertura incluya gastos adicionales para:

Si  No

**VI. Favor indicar el uso que se pretende dar a la embarcación**

Placer  Policial   
 Pesca  Comercial   
 Turismo  Ayuda Industrial

¿La embarcación esta fletada?

Si  No

Si la embarcación tiene más de diez (10) años de edad, favor proporcionar inspecciones de condiciones actuales en caso de estar disponibles. En caso de estar disponibles, favor proporcionar detalles con respecto a la maquinaria (fabricante, modelo, motor y marca)

**VII. Desglose de prima, número y medio de pago**

Prima Neta:			
Impuesto sobre venta del 15%			
Derechos de Emisión de la Póliza			
Prima Total			
Número de Pagos:	Primer Pago:	Pagos:	
Autorizo Débito a mi Tarjeta de Crédito No.:	Compañía:		
Autorizo Débito a mi Cuenta de Bancaria No.:	Banco:	Cheques	Ahorro <input type="checkbox"/>



Las declaraciones inexactas y las reticencias del contratante, relativas a circunstancias tales que el Asegurador no habría dado su consentimiento o no la habría dado en las mismas condiciones si hubiese conocido el verdadero estado de las cosas, serán causas de anulación del contrato, cuando el contratante haya obrado con dolo o culpa grave. Artículo No.1141 del Código de Comercio Vigente. Asimismo, el Tomador de seguro declara que la información referente a su identificación es verídica y que puede ser confirmada en cualquier momento por esta Compañía. Igualmente, el Intermediario de Seguros declara que ha corroborado la información personal del tomador del seguro y de haber tenido a la vista los documentos de identificación del mismo, en fe de lo cual firma.

Yo/Nosotros garantizo/amos que el/los bienes/es antes mencionado/s es/son de mi/nuestra propiedad y que las declaraciones hechas y los particulares proporcionados son verdaderos y que no se ha ocultado o suprimido ninguna información material y Yo/Nosotros estoy/estamos de acuerdo en aceptar una póliza sujeta a los términos, exclusiones y condiciones que en ella se indiquen.

Por la presente declaramos que todo lo expuesto por nosotros en la Solicitud está completo y concuerda con la verdad según nuestro leal saber y entender y por la presente estamos de acuerdo con que esta Solicitud constituya la base y forme parte de la póliza extendida en relación con el riesgo mencionado más arriba. Queda estipulado que el Asegurado solo será responsable en concordancia con los términos de la póliza y/o que el Asegurado no presentará ninguna otra reclamación de la naturaleza que fuera. El Asegurador está obligado a tratar esta información en un plano de estricta confidencia.

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 ESTA SUJETA A LA ACEPTACIÓN DEL RIESGO PREVIA INSPECCIÓN DEL RIESGO.**

**Favor adjuntar a esta solicitud copia de la siguiente documentación:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Registro Tributario Nacional (RTN)                 | <input type="checkbox"/> Carta de poder de representante legal                             |
| <input type="checkbox"/> Permiso de Operación                               | <input type="checkbox"/> Formato para detallar beneficiarios finales de personas jurídicas |
| <input type="checkbox"/> Acta constitutiva o escritura debidamente inscrita | <input type="checkbox"/> Copia de las identidades de los accionistas                       |
| <input type="checkbox"/> Identidad el apoderado legal                       | <input type="checkbox"/> Formato de identificación clientes PEP                            |
| <input type="checkbox"/> RTN apoderado legal                                |  |

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: