

La siguiente solicitud deberá ser completada con letra de molde

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 <small>Día Mes Año</small>	
RTN contratante natural o representante legal		Lugar de nacimiento	
Fecha de nacimiento <small>Día Mes Año</small>	Edad	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
Nacionalidad			
1 _____		2 _____ 7	
Profesión, ocupación, oficio o actividad económica		Estado civil Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/>	
Nombre de la empresa donde trabaja o nombre del negocio propio		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 <input type="checkbox"/>	L 27,000.01 - L 57,000.00 <input type="checkbox"/>	L 57,000.01 - L 89,000.00 <input type="checkbox"/>
L 89,000.01 - L 177,000.00 <input type="checkbox"/>	L 177,000.01 - L 442,000.00 <input type="checkbox"/>	Mayor a L 442,000.01 <input type="checkbox"/>
¿Ha desempeñado algún cargo público usted o un familiar suyo en los últimos 4 años? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
(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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> APNFD = Actividades y Profesiones No Financieras Designadas.		
Si la respuesta es Si indicar:		¿Que actividad APNFD realiza?
¿Cliente es Contratista del Estado? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

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?
Referencias bancarias o comerciales		
Nombre de la empresa (1)		Teléfono
Nombre de la empresa (2)		Teléfono
Proveedores principales		
Nombre de la empresa (1)		Teléfono
Nombre de la empresa (2)		Teléfono
¿Cliente es APNFD? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> APNFD = Actividades y Profesionales No Financieras Designadas. Si la respuesta es Si indicar: ¿Que actividad APNFD realiza?		
¿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.	Apartado postal	
Detallar dirección				
Teléfono		Celular		Correo electrónico

III. Dirección de Trabajo del Contratante o de la EmpresaDirección de cobro

País		Departamento		Municipio	
Ciudad		Colonia		Calle	
Avenida	Bloque		Casa No.		Apartado postal
Detallar dirección					
Teléfono		Celular		Correo electrónico	
Telefax			Sitio web		

IV. Vigencia

Desde:	Al medio día	Hasta:	Al medio día
--------	--------------	--------	--------------

V. Información de Otros Seguros

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

VI. Datos del Beneficiario Preferente

Nombre completo del Beneficiario	No. de identificación	Participación

VII. 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 RIESGOMoneda: Lempiras Dólares Euros

I. Bienes a Asegurar	Suma Asegurada	Prima	Deducible
1. Edificios Anexos y Muros, sin el valor del terreno ni el de los cimientos			
2. Inventarios			
3. Materia Prima			
4. Producto en Proceso			
6. Maquinaria Equipo y Herramientas			
6. Maquinaria y Equipo			
7. Lucro Cesante, Período de Indemnización <input type="checkbox"/> Meses			
8. Renta, Período de Indemnización <input type="checkbox"/> Meses			
Total			

Para Lucro Cesante y para Renta los valores correctos por asegurar son los correspondientes a los valores de un año, de no asegurarse de esta forma se aplicará la cláusula de proporción indemnizable.

Sublímites	Suma Asegurada	Deducible

II. Otros Deducibles

Riesgos Catastróficos

Riesgos no Catastróficos

III. Cobertura:

En virtud de esta cláusula y en consideración al pago de la prima correspondiente, queda convenido y declarado que no obstante lo que se diga en contrario en las Condiciones Generales de la Póliza de Todo Riesgo Incendio, y sujeto a los términos, condiciones y exclusiones contenidas en la presente Cláusula, ésta se extiende a cubrir la propiedad del asegurado, descrita en la especificación de riesgos de la Póliza, contra pérdida o daño físico directo, ocurrido en forma súbita e imprevista siempre y cuando no esté expresamente excluido de las condiciones de esta póliza, quedará amparado.

IV. Cláusulas Especiales

¿Los bienes anteriormente descritos están asegurados con otra compañía?

En caso afirmativo, favor indicar que Compañía y el porcentaje asegurado:

Favor proporcionar detalles con respecto a los siniestros

Fecha del Siniestro	Monto Siniestro (incluyendo el deducible)	Causas del Siniestro
Día Mes Año		
Día Mes Año		

V. Desglose de Prima, Número y Medio de Pago:

¿Paga impuesto sobre venta? SI NO

Prima Neta		
Impuesto Sobre Venta (15%)		
Derechos de Emisión de la Póliza		
Prima Total		
Número de Pagos:	Primer Pago de:	Pagos de:
Autorizo débito a mi tarjeta de crédito No.		Compañía:
Autorizo débito a mi cuenta bancaria No.	Banco:	Cheques <input type="checkbox"/> Ahorro <input type="checkbox"/>

VI. Observaciones

VII. Croquis del bien a asegurar:

Las declaraciones inexactas y las reticencias del contratante, relativas a circunstancias tales que el Asegurador no habría dado su consentimiento o no lo 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 del 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 bien (es) descrito(s) en la presente solicitud es/son de mi/nuestra propiedad, que la información declarada es verdadera, y que no se ha ocultado o suprimido ninguna información; estando de acuerdo en aceptar una póliza sujeta a los términos, condiciones y exclusiones que en ella se indiquen. Por lo tanto, estoy/estamos de acuerdo que en esta solicitud constituya la base y forme parte de la póliza de seguro extendida a mi/nuestro nombre, en relación a los bienes y riesgos mencionados anteriormente.

Queda entendido que la responsabilidad de la compañía está limitada por los términos y condiciones de la póliza de seguro, asimismo se obliga a tratar toda la información del asegurado contenida en esta solicitud en un plano de estricta confidencialidad.

VIII. Exclusión LA/FT:

El presente contrato se dará por terminado de manera anticipada en los casos que el asegurado, el contratante y/o el beneficiario sea condenado mediante sentencia firme por algún tribunal nacional o de otra jurisdicción por los delitos de Narcotráfico, Lavado de Dinero, Financiamiento del Terrorismo, Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva, o cualquier otro delito de crimen no delincuencia organizada conocidos como tales por tratados o Convenios Internacionales de los cuales Honduras sea suscriptor; o que el beneficiario o Contratante del seguro se encuentren incluidos en la lista de entidades u organizaciones que identifiquen a personas como partícipes, colaboradores, facilitadores del crimen organizado como ser la lista OFAC (OÆce Foreign Assets Control) y la lista de Designados por la ONU entre otra. Este endoso se adecuara a lo pertinente a los procedimientos especiales que podrán derivarse de la Ley Especial contra el Lavado de Activos, Ley sobre el Uso Indevido y Tráfico Ilícito de Drogas y Sustancias Psicotrópicas, Ley Contra el Financiamiento del Terrorismo, Ley sobre Privación Definitiva del Dominio de Bienes de origen Ilícito y sus respectivos Reglamentos, en lo relativo al manejo , custodia de pago de primas y de siniestros sobre los bienes asegurados de personas involucradas en ese tipo de actos; sin perjuicio de que la Aseguradora deberá informar a las autoridades competentes cuando aplicare esta cláusula para la terminación anticipada del contrato.

Lugar y Fecha:

XIV. 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

XV. Favor adjuntar a esta solicitud copia de la siguiente documentación:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Registro Tributario Nacional (RTN) | <input type="checkbox"/> Identidad el Apoderado Legal | <input type="checkbox"/> Formato para detallar Beneficiarios finales de Personas Jurídicas | <input type="checkbox"/> Formato de Identificación Clientes PEP |
| <input type="checkbox"/> Permiso de Operación | <input type="checkbox"/> RTN Apoderado Legal | <input type="checkbox"/> Copia de las Identidades de los Accionistas | |
| <input type="checkbox"/> Acta Constitutiva o Escritura debidamente inscrita | <input type="checkbox"/> Carta de Poder de Representante Legal | | |

Queda a criterio de LA COMPAÑÍA solicitar información adicional a la detallada anteriormente cuando así lo considere.

