

**SEGURO DE ROBO**  
**SOLICITUD DE SEGURO (PERSONA NATURAL)**

<b>Póliza No.</b>			<b>Categoría:</b>		
<b>Agencia:</b>	<b>Vigencia Desde:</b>	<b>Hasta:</b>	<b>Hora:</b>		
<b>Persona Natural</b> <input type="checkbox"/>	<b>Comerciante Individual</b> <input type="checkbox"/>	<b>APNFD</b> <input type="checkbox"/>	<b>PEP</b> <input type="checkbox"/>		
<b>Datos del Autorizado para Contratar / Persona Natural</b>					
COMO APARECE EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD					
<b>Nombres:</b>	<b>Primer Apellido:</b>	<b>Segundo Apellido:</b>		<b>Apellido de Casada:</b>	
<b>Identidad No.:</b>	<b>Tipo de Identificación:</b>	<b>Cédula</b> <input type="checkbox"/>	<b>Pasaporte</b> <input type="checkbox"/>	<b>Carnet Resid.</b> <input type="checkbox"/>	
<b>RTN No.:</b>	<b>Fecha de Nacimiento:</b> Día ____ Mes _____ Año ____				<b>Edad:</b>
<b>Lugar de Nacimiento:</b>	<b>Municipio</b>	<b>Departamento</b>	<b>País</b>	<b>Nacionalidad (es)</b>	
<b>Género</b>	<b>Estado Civil</b>				
<b>Masculino</b> <input type="checkbox"/>	<b>Soltero (a)</b> <input type="checkbox"/>	<b>Casado (a)</b> <input type="checkbox"/>	<b>Viudo (a)</b> <input type="checkbox"/>	<b>Unión Libre</b> <input type="checkbox"/>	
<b>Femenino</b> <input type="checkbox"/>					
<b>Nombre completo del Cónyuge:</b>			<b>No. Identidad del Cónyuge</b>		
<b>Dirección Completa de Residencia:</b>					
<b>Departamento:</b>			<b>Municipio:</b>		
<b>Colonia:</b>		<b>Calle:</b>		<b>Avenida:</b>	
<b>Bloque No.:</b>	<b>Casa No.:</b>	<b>Teléfono de Residencia</b>		<b>No. De Celular</b>	
<b>Otras referencias o señas:</b>					
<b>Profesión, ocupación u oficio:</b>					
<b>Origen de los Recursos</b>					
<b>Actividad Económica Principal:</b>					
<b>Ocupación actual:</b>	<b>Asalariado</b> <input type="checkbox"/>	<b>Pensionado:</b> <input type="checkbox"/>	<b>Ama de casa</b> <input type="checkbox"/>	<b>Estudiante</b> <input type="checkbox"/>	<b>Independiente</b> <input type="checkbox"/>
<b>Si el asegurado es estudiante o ama de casa, favor proporcionar la siguiente información:</b>					
<b>Información de la persona de quien depende económicamente</b>					
<b>Primer Nombre:</b>	<b>Segundo Nombre:</b>	<b>Primer Apellido:</b>	<b>Segundo Apellido:</b>	<b>Apellido de Casada:</b>	
<b>No. De Identidad:</b>	<b>Actividad Económica que Desarrolla:</b>			<b>Parentesco o Afinidad:</b>	

**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?

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?

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**

Dirección exacta:

Referencias:

Propietario del Edificio:

Propietario del Contenido:

**MEDIDAS DE SEGURIDAD**El local cuenta con alarma en funcionamiento: Sí  No Guardias de Seguridad Armados: Sí  No  Cuántos: **BIENES POR ASEGURAR (Anexar inventario de bienes)**

DESCRIPCIÓN	MONTO A ASEGURAR
MENAJE DE CASA	
EFFECTOS PERSONALES	
MERCADERÍAS	
MOBILIARIO Y EQUIPO DEL NEGOCIO	
OTROS (ESPECIFIQUE)	

**TIPO DE RIESGO:** CASA DE HABITACIÓN \_\_\_ APARTAMENTO \_\_\_ INDUSTRIA \_\_\_ COMERCIO \_\_\_

RIESGOS CUBIERTOS:	VALOR A ASEGURAR	DEDUCIBLES
<b>Robo con Fuerza y Violencia</b> Daño a los objetos asegurados, causado por tal robo o intento de robo, así como daño causado al local. Bienes Asegurados: 1. Para Comercios e Industrias: 2. Para Viviendas: Riesgos excluidos que pueden ser cubiertos mediante convenio expreso: Los daños o pérdidas materiales que sufran los bienes asegurados a consecuencia de asalto y/o atraco o intento del mismo sobre las personas, mediante el uso de fuerza o violencia, perpetrado dentro del local.		
PRIMA NETA:	IMPUESTOS:	GASTOS DE EMISIÓN:
<b>PRIMA TOTAL</b>	Pago de contado:	
<b>Fraccionamiento:</b> Sí <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"/>		<b>Primera cuota:</b> <b>Subsiguientes:</b>
<b>Forma de Pago:</b>		
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 \_\_\_\_\_

<b>Firma del Solicitante</b>	<b>Firma del Titular de la Póliza</b>	<b>Sello si aplica</b>
<b>(Huella digital si no puede escribir)</b>	<b>(Huella digital si no puede escribir)</b>	
<b>Nombre del Intermediario</b>	<b>Firma del Intermediario</b>	
<b>Código No. _____</b>		

<b>Nombre del Oficial de Negocio</b>	<b>Firma del Oficial de Negocios</b>
<b>B) Declaración y Origen de Fondos y Aceptación de Cláusula</b>	
<b>Declaro expresamente que:</b>	
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.	