

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		DNI		Carnet de residencia		Pasaporte			
No. de documento				Fecha de vencimiento del documento					
RTN contratante natural o representante legal				Lugar de nacimiento					
Fecha de nacimiento Día Mes Año				Edad		Sexo M F			
Nacionalidad									
Profesión, ocupación, oficio o actividad económica		Soltero		Casado		Estado civil Divorciado		Unión libre	
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 ☐	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 ☐ No ☐ ¿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 ☐ 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 ☐ ¿Cliente es ONG/OSFL? Si ☐ No ☐ 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 mediodía	Hasta:	Al mediodía
--------	-------------	--------	-------------

V. Información de Otros Seguros

¿Tiene otros seguros con la compañía? Si ☐ No ☐	
¿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 RIESGO**I. Dirección del bien asegurado**

Colonia		Calle	Avenida		Bloque
Casa NÚMERO	Teléfono		Fax		E-mail
País	Departamento		Municipio		Ciudad

En caso que sean varias ubicaciones anexar listado completando los datos anteriores.

II. Descripción Exacta de la(s) Actividad(es) o Giro del Asegurado

III. Cobertura Solicitada: Dentro de los Predios ☐ Fuera de los Predios ☐

IV. Límite de Indemnización

Moneda: Lempiras ☐ Dólares ☐ ☐
Valor Máximo de Cobertura:
Valor Mínimo de Cobertura:
Límite Único Combinado:

V. NÚMERO de Sucursales y Ubicaciones de cada una (Para cobertura Dentro de Predios)

Nombre de Sucursal	Dirección	Suma Asegurada

VI. Método de Resguardo

Caja Registradora ☐ Alarma Contra Robo ☐ Caja chica ☐ Caja de seguridad ☐
Otro ☐ Especifique:

VII. Descripción Riesgo Fuera de Predios

Nombre de Empleado	Medio de Transporte	Suma Asegurada

VIII. Medidas de Seguridad

Indicar el Horario de Atención al PÚBLICO
Indicar la Frecuencia y Responsable de Realizar el Arqueo:
Indicar la Frecuencia y Responsable de Realizar los Depósitos:
¿Tiene Contratada una Empresa de Seguridad? SI ☐ NO ☐
Proporcionar nombre:
¿Cuenta con Sistema de Vigilancia de circuito cerrado? S ☐ NO ☐
Descripción:
¿Qué medidas de seguridad cuenta en las unidades de Transporte?

IX. Proporcionar Detalle respecto a Siniestros Recientes (Últimos 5 años)

Fecha del evento	Monto (Incluido deducible)	Causa del Siniestro

X. Observaciones

--

Las declaraciones inexactas y las retinencias del Contratante, relativas a circunstancias tales que el Asegurado no habría dado su conocimiento o no la habría dado en las mismas condiciones si hubiese conocido el verdadero estado de las cosas, serán causa de anulación del contrato, cuando el Contratante haya obrado con dolo o culpa grave. Artículo 1141 del Código del Comercio vigente.

Asimismo el Tomador del 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 garantizamos que el(los) bien(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 sólo será responsable en concordancia a 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:

XI. 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 MISMO.

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

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

Queda a criterio de La Compañía solicitar información adicional a la detallada anteriormente cuando así lo considere.

