

SEGURO DE EQUIPO ELECTRONICO SOLICITUD DE SEGURO

VIGENCIA DEL SEGURO DESDE : _____ HASTA: _____

A) DATOS DEL ASEGURADO O REPRESENTANTE LEGAL

Nombre Completo (según Identificación)				
Lugar de Nacimiento		Fecha de Nacimiento		Sexo
		Día Mes Año		M O F O
Número de Identificación		Tipo de Identificación		
		Tarjeta de Identidad O Pasaporte O Carnet de Residente O		
Correo electrónico		Estado Civil		Nombre del conyuge (si aplica)
Dirección completa de residencia actual				Municipio actual
				Departamento actual
				Teléfono de residencia
				Número de celular
Profesión,oficio o actividad económica		Nombre de la empresa donde labora		Posición o cargo que desempeña
Tiempo de laborar en la empresa		Nombre del negocio (si es propietario)		Giro o actividad economica del Negocio (si aplica)
Dirección completa de la empresa (calle, avenida, N° local, zona, referencias)				Dirección completa del negocio (si aplica)
Municipio _____ Departamento _____				
Giro o actividad económica de la empresa		Teléfono de la empresa		Correo electrónico empresarial
A que se dedica Asalariado O Independiente O Rentista O Si es estudiante indique el nombre de la persona de quien depende económicamente _____				
Socio O Pensionado O Jubilado O Estudiante O Otros <input type="radio"/> Especifique _____				
Cuantos salarios mínimos representa su ingreso mensual?		¿Recibe ingresos diferentes a su actividad económica ?		¿Realiza transacciones en moneda extranjera?
De 0 - 3 O De 4 - 6 O De 7 - 10 O De 21 - 50 O De 50 en adelante O		SI O Si su respuesta es SI detalle: Fuente de ingresos: _____ Valor mensual estimado: _____		SI Tipo de moneda: Dólar O Euro O Otra O

B) DATOS DE PERSONA JURIDICA

Razón o Denominación Social		Nombre Comercial		Número de RTN
Dirección completa de la empresa				Municipio
				Departamento
Teléfono de la empresa	Sitio Web	Especifique la procedencia de sus fondos		Registro: Asiento <input type="radio"/> Tomo <input type="radio"/> Matricula <input type="radio"/>
				Número:
Giro o actividad económica de la empresa		País de Constitución		Tiene sucursales? Si O No O
				Donde? _____

INFORMACION FINANCIERA (marque con una X los valores que correspondan)

Rango de Ingresos y Egresos	Total ingresos anuales	Total egresos anuales	Rango de Activos y Pasivos	Total Activos	Total Pasivos	Detalle el nombre de 2 proveedores principales de la empresa
No tiene			No tiene			1
Menos de L. 20,000.00			Menos de L. 500,000.00			2
L.20,000.00 a L. 50,000.00			L.500,000.01 a L. 1 millón			
L.50,000.01 a L. 100,000.00			L.1,000,000.01 a L. 5 millones			
L.100,000.01 a L. 500,000.00			L.5,000,000.01 a L.10 millones			Detalle 2 referencias bancarias o comerciales:
L.500,000.01 a L. 1 millón			10,000,000.01 a L.25 millones			1
L. 1,000,000.01 a 10 millones			25,000,000.01 a L.50 millones			
L.10,000,000.00 a 50 millones			50,000,000.01 a L.100 millones			2
Mas de 50 millones			Más de 100 millones			

ESTRUCTURA ACCIONARIA DE LA EMPRESA

Describa nombre de los accionistas y % de participación:	No. de identificación	Si entre los accionistas de la empresa hay otra empresa describa sus accionistas y % de participación:
1.-		1.-
2.-		2.-
3.-		3.-
4.-		4.-
5.-		5.-
6.-		6.-

C) FATCA

Tributa para el Gobierno de EUA? Si O No O	Numero de Identificación Tributario (TIN)/Numero de Seguro Social (SSN) (si aplica)
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

D) PERSONAS EXPUESTA POLITICAMENTE (PEP)

Ha desempeñado algun cargo público en los últimos 4 años? Si O No O	Cargo:	Institución:
En caso positivo llenar el formato Adicional de Información (PEP)		

E) DESCRIPCION DEL EQUIPO A SER ASEGURADO

I) FAVOR PROPORCIONAR DETALLES CON RESPECTO A LOS SINIESTROS

¿Ha tenido pérdidas en los últimos cinco (5) años? Sí No

Si su respuesta es afirmativa, favor suministrar la siguiente información:

FECHA DE LA PERDIDA	CAUSA DEL SINIESTRO	COBERTURA AFECTADA	MONTO DE LA PERDIDA

¿Ha tenido asegurado anteriormente este Equipo, o tiene pólizas de seguros vigentes sobre el mismo? Sí o No o - Si su respuesta es afirmativa, favor suministrar la siguiente información:

SUMA ASEGURADA	VENCIMIENTO	COMPAÑÍA ASEGURADORA

¿Le ha sido rechazada alguna solicitud de seguro? Sí No - Si su respuesta es afirmativa, ¿por qué?

J) DESGLOCE DE PRIMA Y FORMA DE PAGO

Prima Neta		
Impuesto sobre venta		
Derecho de emisión de la póliza		
Prima Total		
Numero de Pagos	Primer Pago	Pagos Subsiguientes

EL SUSCRITO CONVIENE EN QUE ESTA SOLICITUD SE CONSIDERE COMO UNA PROPUESTA EN FIRME, PARA AMPARAR EL EQUIPO ANTES DESCRITO, LA QUE EN CASO DE SER APROBADA POR SEGUROS CONTINENTAL, S. A., SERVIRA DE BASE PARA LA EMISION DE LA POLIZA RESPECTIVA DE ACUERDO A LAS CONDICIONES GENERALES EN VIGOR PARA SEGURO DE EQUIPO ELECTRONICO.

ESTE DOCUMENTO SOLO CONSTITUYE UNA SOLICITUD DE SEGURO, Y POR LO TANTO, NO REPRESENTA GARANTIA ALGUNA DE QUE LA MISMA SERA ACEPTADA POR SEGUROS CONTINENTAL, S. A., NI DE QUE EN CASO DE ACEPTARSE, LA ACEPTACION CONCUERDE TOTALMENTE CON LOS TERMINOS DE LA SOLICITUD.

Detalle de los daños encontrados en el Equipo al ser inspeccionado:

Declaro que toda las contestaciones anteriores son exactas, han sido escritas y/o dictadas por mí, personalmente y son completas y verídicas y acepto que sean consideradas como base para la contratación del seguro y/o fianza que solicito, por lo cual, autorizo a Seguros Continental a consultar y reportar, en cualquier tiempo, en las centrales de riesgos públicas o privadas toda la información relevante para conocer mi desempeño como deudor, capacidad de pago y valorar el riesgo futuro de concederme un crédito. Asimismo declaro que he sido enterado y acepto las Condiciones Generales antes descritas, misma que figuran en la póliza y/ fianza solicitada.

Origen de fondos y aceptación de clausula. 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 este formato es veraz y verificable y me obligo actualizarla cuando la institución lo solicite; 3. Acepto el hecho que de demostrarse falso testimonio en la información aquí presentada, Seguros Continental SA está facultada a dar por terminado el contrato de seguro según se indica en el Artículo 1141 del Código de Comercio, sin que esto implique responsabilidad alguna de la Aseguradora frente al asegurado, 4. Estatus Residencial. En caso de ocurrir algún cambio en mi estatus de país de residencia o ciudadanía me comprometo a notificarlo a la aseguradora.

LUGAR Y FECHA
FIRMA DEL CLIENTE
FIRMA Y NO.DE AGENTE

L) PARA USO EXCLUSIVO DEL CANAL DE VENTA

CANAL DE VENTA: INSTITUCION FINANCIERA O NEGOCIOS SEGCON O CORREDURIA O LICITACION O OTROS O (especifique):				
Nombre del asesor y/o correduría que entrevistó	Fecha de entrevista	Fecha entrega área técnica	Firma del entrevistador	Firma Supervisor
Observaciones:				

M) PARA USO EXCLUSIVO DE LA ASEGURADORA

No° de póliza	Certificado #	Suma Asegurada	Prima Anual	Nombre, firma y sello del oficial que recibe.
---------------	---------------	----------------	-------------	---

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución POL GPU No.39/13-09-2022.