

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL
SOLICITUD DE SEGURO

Póliza No.			Zona:			
Agencia:		Vigencia Desde:		Hasta:		
Persona Natural <input type="checkbox"/>		Comerciante Individual <input type="checkbox"/>		Persona Jurídica <input type="checkbox"/>		
Datos de Persona Natural / Representante Legal / Comerciante Individual						
COMO APARECE EN EL DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIFICACIÓN						
Nombres:		Primer Apellido:		Segundo Apellido:		
Identidad No.:		Tipo de Identificación:		Apellido de Casada:		
		Cédula <input type="checkbox"/>		Pasaporte <input type="checkbox"/>		
				Carnet Resid. <input type="checkbox"/>		
RTN No.:		Fecha de Nacimiento: Día _____ Mes _____ Año _____			Edad:	
Lugar de Nacimiento:		Municipio		Departamento		
		País		Nacionalidad (es)		
Género		Estado Civil				
Masculino <input type="checkbox"/>		Soltero (a) <input type="checkbox"/>		Casado (a) <input type="checkbox"/>		
Femenino <input type="checkbox"/>		Viudo (a) <input type="checkbox"/>		Unión Libre <input type="checkbox"/>		
Nombre completo del Cónyuge (si aplica):				No. Identidad del Cónyuge		
Dirección Completa de Residencia:						
Departamento:			Municipio:			
Colonia:		Calle:		Avenida:		
Bloque No.:		Casa No.:		Teléfono de Residencia		
				No. De Celular		
Otras referencias o señas:						
Profesión, ocupación u oficio:						
Origen de los Recursos						
Actividad Económica Principal:						
Ocupación actual:		Asalariado	Pensionado	Estudiante	Independiente	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Posee Negocio Propio:						
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Nombre del Negocio (si aplica)		Giro o Actividad económica del negocio:		
Nombre de la empresa donde labora:		Posición / cargo que desempeña:			Fecha de empleo:	
					Día _____ Mes _____	
					Año _____	
Es usted una persona expuesta públicamente (PEP) Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>						
En caso de que su respuesta sea afirmativa, completar el formulario de identificación y vinculación para personas expuestas políticamente (Nacional y extranjero)						

Cargo público desempeñado en los últimos cuatro (4) años e institución

INSTITUCIÓN	CARGO PÚBLICO	PERÍODO

Profesión u ocupación:

Dirección Completa de la Empresa

Departamento:	Municipio:	Ciudad:	Colonia / Barrio:
Calle:	Bloque:	Avenida:	Edificio:
Teléfono del Trabajo:	No. Fax:	Correo Electrónico:	Sitio Web:

Otras referencias o señas:

Información Financiera del Asegurado / Representante Legal

Especifique su fuente de ingresos: _____

Nivel Aproximado de ingreso según el Salario Mínimo Mensual Vigente (actividad principal):	¿Recibe ingresos diferentes a su actividad principal?
De 0 - 3 <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
De 4 - 6 <input type="checkbox"/>	Si su respuesta es Si detalle:
De 7 - 10 <input type="checkbox"/>	Fuente de ingresos: _____
De 11 -20 <input type="checkbox"/>	Valor mensual estimado: _____
De 21 - 50 <input type="checkbox"/>	¿Realiza transacciones en moneda extranjera?
De 50 en adelante <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Tipo de moneda: Dólar <input type="checkbox"/> Euro <input type="checkbox"/> Otra: _____

Información de Seguros

Propósito del Seguro:

Mantiene pólizas suscritas con ésta u otra (s) aseguradora (s) Sí No

Nombre de la aseguradora:	Tipo (s) de seguro (s):	Suma (s) asegurada (s):
---------------------------	-------------------------	-------------------------

Datos del Beneficiario Final

¿Actúa en nombre propio?

Sí 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)	¿Es un PEP?
			Financiera <input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Datos Generales del Contratante

Dirección completa:

Departamento:	Municipio:	Ciudad:	Colonia / Barrio:
Calle:	Bloque:	Avenida:	Edificio:
Teléfono del trabajo:	No. Fax:	Correo Electrónico:	Sitio Web:

Otras referencias o señas:

¿Tiene su empresa oficinas en otros departamentos o en el extranjero? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Dónde? (Anexe detalle en caso de ser necesario)				
¿La empresa previene y controla el Lavado de Activos y Financiamiento al Terrorismo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
Si su respuesta es afirmativa, ¿cómo lo hace?: Seminarios <input type="checkbox"/> Capacitaciones <input type="checkbox"/> Charlas <input type="checkbox"/> Trifolios <input type="checkbox"/> Otros _____					
Información de Accionistas (25% de participación) cantidad de accionistas (este debe detallar sus dueños hasta llegar al beneficiario final):					
Nombre Completo y/o Razón Social	Tipo de Identificación	No. De Identificación	Origen de los Fondos	Participación %	¿Es un PEP? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
En caso de los accionistas que no cuenten con el porcentaje de participación requerido, o que sea otra Persona Jurídica reportar la totalidad accionaria en una hoja adicional.					
¿Alguno de los socios detallados son figura pública nacional o extranjera; o bien tiene uno de los anteriores un familiar en primer grado de consanguinidad o afinidad? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso de que su respuesta sea afirmativa, el socio deberá completar el formulario de identificación y vinculación para personas expuestas políticamente (nacionales o extranjeros)					
¿Son todos los accionistas o asociados, antes descritos, los beneficiarios finales? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso de que su respuesta sea negativa, favor especifique en la tabla que se detalla a continuación los beneficiarios finales:					
Nombre Completo y/o Razón Social	Tipo de Identificación	No. De Identificación	Origen de los Fondos	Participación %	¿Es un PEP? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Alguno de los socios detallados son figura pública nacional o extranjera; o bien tiene uno de los anteriores un familiar en primer grado de consanguinidad o afinidad? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso de que su respuesta sea afirmativa, el socio deberá completar el formulario de identificación y vinculación para personas expuestas políticamente (nacionales o extranjeros)					
Especifique la procedencia de los fondos para el pago de la prima del seguro:					
Información Financiera del Contratante (marque con una X los valores que correspondan)					
Ingresos y Egresos	Total Ingresos Anuales	Total Egresos Anuales	Activos y Pasivos (Lps.)	Total Activos	Total Pasivos
No tiene			No tiene		
Menos de L. 500,000.00			Menos de L. 500,000.00		
L. 500,000.00 a L. 1,000,000.00			L. 500,000.00 a L. 1,000,000.00		
L. 1,000,000.00 a L. 5,000,000.00			L. 1,000,000.00 a L. 5,000,000.00		
L. 5,000,000.00 a L. 10,000,000.00			L. 5,000,000.00 a L. 10,000,000.00		
L. 10,000,000.00 a L. 25,000,000.00			L. 10,000,000.00 a L. 25,000,000.00		
L. 25,000,000.00 a L. 50,000,000.00			L. 25,000,000.00 a L. 50,000,000.00		
L. 50,000,000.00 a L. 100,000,000.00			L. 50,000,000.00 a L. 100,000,000.00		
Más de L. 100 millones			Más de L. 100 millones		
Referencias Bancarias o Comerciales del Contratante					
Denominación Social	Nombre Comercial	Número RTN			

Detalle dos (2) Proveedores que le brindan Servicios

Denominación Social	Nombre Comercial	Número RTN

DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LAS ACTIVIDADES QUE REALIZA

INFORMACIÓN ADICIONAL

Ubicación exacta del lugar donde se realizarán los trabajos

Descripción del edificio, indicando el año de construcción y el número de pisos

Área de terreno donde se encuentran los edificios

Edificio No.1 ----- Mts.

Edificio No. 2 ----- Mts

Edificio No. 3 ----- Mts

Describir las colindancias y la distancia a que se encuentran:

Número de empleados:

Volumen de salarios pagados anualmente:

¿Existe en los predios un restaurante, bar o cafetería? Sí No

Descripción del equipo mecánico dentro de los predios

RIESGOS CUBIERTOS	VALOR A ASEGURAR	DEDUCIBLES
Compañía pagará, en nombre del Asegurado, la pérdida por cualquier reclamo, presentado por primera vez en contra del Asegurado, durante el período de la póliza y comunicado a la Compañía en la forma exigida por la presente Póliza debido a algún acto profesional incorrecto del asegurado únicamente en el ejercicio de los servicios profesionales que este preste y que se encuentren señalados en las Condiciones particulares de la presente Póliza.		
COSTOS LEGALES Y DEFENSA DEL RECLAMO La Aseguradora pagará los costos en que incurra el asegurado con la previa autorización de la Aseguradora para la defensa de cualquier reclamo que le sea formulado o presentado aun cuando los hechos que den lugar al reclamo no tengan fundamento, fueran falsos o fraudulentos; la Aseguradora pagará los costos en la medida en que se vayan incurriendo y siempre y cuando los hechos y circunstancias que den origen a las reclamaciones no se encuentren desprovistos de cobertura o se encuentren excluidos de la cobertura ofrecida por		

la presente póliza. También se aplicará todo lo establecido en la cláusula No. 1 de las Condiciones Generales.		

DETALLE DE PRIMA

PRIMA NETA:	IMPUESTO SOBRE VENTAS:	GASTOS DE EMISIÓN:
PRIMA TOTAL:	PAGO DE CONTADO:	

Fraccionamiento: Si No 2 3 4 5 6

Primera Cuota: Subsiguientes:

FORMA DE PAGO:

Tarjeta de crédito No. Efectivo: Cheque No.
 Transferencia Bancaria No.

Tarjeta de Débito No. Depósito a cuenta:

SINIESTRALIDAD:

Sí 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 _____		
Firma del Solicitante	Firma del Titular de la Póliza	Sello si aplica
(Huella digital si no puede escribir)	(Huella digital si no puede escribir)	
Nombre del Intermediario		Firma del Intermediario
Código del Intermediario No. _____		
B) Declaración y Origen de Fondos y Aceptación de Cláusula		
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 la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla periódicamente.		