



SOLICITUD DE SEGURO CASA  
PROTEGIDA

La solicitud deberá ser llenada de forma electrónica o con letra de molde, sin omitir datos, tachaduras, borrones ni manchones.

### A. DATOS GENERALES

#### I. DATOS DEL AGENTE DE SEGURO

Nombre del agente  Código del agente

#### II. DATOS DEL CONTRATANTE

##### DATOS PERSONA NATURAL ( Para las personas jurídicas serán las del Representante Legal)

Primer nombre  Segundo nombre  Primer apellido  Segundo apellido

Fecha de nacimiento  Tipo de identificación  DNI  Pasaporte  Carné

Lugar de nacimiento  No. de identificación

Nacionalidad  RTN

Estado civil  S  C  D  V  UL  Profesión

Género  Masculino  Femenino  Oficio / actividad económica

No. celular  Ocupación

Email personal  Nombre completo del conyugue

Dirección de residencia del contratante / asegurado

Dirección Completa

Municipio  Ciudad  Departamento

País  Teléfono

¿Depende económicamente de otra persona? Si  No

En caso de ser afirmativo, indique el nombre, su relación e identidad:

Describe el origen de los fondos para contratación del seguro:

¿Es comerciante individual? Sí  No  Giro del negocio

Nombre del negocio (si aplica)

Nombre de empresa donde labora

Tiempo de laborar  Cargo que desempeña

Teléfono de la empresa  Email laboral

Dirección de la empresa donde labora:

Nivel aproximado de ingreso según el salario mínimo mensual vigente

De 0 - 3  De 4 - 6  De 7 - 10  De 11 - 20  De 21- 50  De 50 en adelante

Ha desempeñado un cargo público en los últimos cuatro (4) años: Si  No

Detalle el nombre del cargo

##### DATOS DE PERSONA JURÍDICA

Denominación y Razón Social

Nombre Comercial  RTN/RUC  Fecha de Constitución  No. de registro de la escritura

Pertenece su empresa a un grupo Financiero o Económico: Sí  No

¿Cuál?

Tipo de Empresa

Según la composición de capital Pública  Privada  Mixta

Según la actividad económica Industrial  Comercial  Transporte

Construcción  Agrícola  Civil

Servicios financieros  Otros:

APNFD (Actividad y Profesiones no Financieras Designadas) Escuelas públicas  Instituciones sin fines de lucro  Cooperativas

Embajadas  Empresas del Estado  Otras:

Según la forma jurídica Empresas Nacionales con fines de lucro  Empresas extranjeras que operan en Honduras

Departamento y/o países en que opera

Dirección de la oficina principal de la persona jurídica

Dirección Completa

Municipio  Departamento

País  Teléfono de la empresa

#### III. MONEDA

Moneda en que se emitirá la póliza: Lempiras  Dólares

#### IV. INFORMACIÓN DE CESIONARIO

A Favor de \_\_\_\_\_

Hasta por \_\_\_\_\_

**B. DATOS DEL RIESGO**

Bienes y Montos por Asegurar	Si	No	Suma asegurada
Edificio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Muro perimetral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mejoras al local	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Equipo Electrónico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mobiliario particular, menaje de casa y efectos personales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Otros (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**TOTAL SUMA ASEGURADA**

Riesgos Cubiertos	Si	No
Incendio y/o rayo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pérdida o Daños Materiales por Explosión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pérdidas o Daños Huelgas y/o alborotos populares y daño malicioso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pérdidas o daños materiales por terremoto, temblor y/o erupción volcánica caída de ceniza y/o arena volcánica e incendio consecutivo;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pérdidas o daños materiales por Caída de naves aéreas, objetos caídos de las mismas y/o colisiones de vehículos terrestres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pérdidas o daños materiales causados por tifón, huracán, rebozo de mar, ciclón, vientos tempestuosos,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pérdidas o daños materiales por todo tipo de Inundación y/o maremoto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Sublímites</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pérdidas Consecuenciales (Remoción de escombros)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rotura de Cristales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Robo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Equipo Electrónico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Responsabilidad Civil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dueño del edificio que contiene los bienes por asegurar

Ocupación o giro del negocio

Dueño de los bienes por asegurar

Ubicación de los bienes por asegurar

País	Ciudad	Departamento	Municipio
Barrio o Colonia	No. Casa/ Lote	Calle(s)	Avenida(s)
Coordenadas	Longitud	Latitud	

**Descripción del edificio**

Tipo de material de las paredes	
Tipo de material de los techos	
Tipo de material de los entrepisos	
Número de pisos	
Tipo de material del muro perimetral	
Electricidad entubada	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
En tubo / Canal metálico	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

**Protección y seguridad**

	Si	No
a. Detectores de humo e incendio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Rociadores automáticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Extintores de gas carbónico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Extintores de agua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Extintores de polvo químico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Rondas de guardia de seguridad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Acceso restringido al plantel (ubicación de los bienes por asegurados)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Existen rótulos de prohibido fumar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Elaborar croquis de la ubicación de los bienes por asegurar

Describa la ocupación y construcción exterior de las paredes y techos de cada uno de los colindantes

a. Al norte	
b. Al sur	
c. Al este	

d. Al oeste			
¿Existen otros seguros sobre los mismos bienes?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
En caso afirmativo indicar número de póliza			
¿Por qué cantidad?			
¿En qué compañía?			
Los bienes por asegurar han sufrido daños a casusa de los riesgos nombrados en la hoja anterior	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
en caso afirmativo Describa las causa (s), monto indemnizado y fecha (s)			
Se depositan sustancias inflamables dentro del edificio	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
¿Cuenta con estados financieros auditados y actualizados?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
*en caso afirmativo proporcionar copia de los mismo a esta solicitud			

### C. BENEFICIARIOS

Nombre	No. de identidad	Parentezco	% de designación

### D. PRIMAS

### E. FORMA DE PAGO DE PRIMA

Prima Comercial		Contado <input type="checkbox"/>	Pago fraccionado <input type="checkbox"/>
Otros recargos		No. de pagos	
<b>Subtotal prima</b>		Medios de pago	Depósito bancario <input type="checkbox"/>
Gastos de Emisión			Débitos automáticos <input type="checkbox"/>
Impuesto Sobre Ventas			Intra/Extrafinanciamiento <input type="checkbox"/>
Tasa de Bomberos			Link de pago <input type="checkbox"/>
<b>Prima Anual Total de Seguro</b>			

La compañía se reserva el derecho de exigir al asegurado el pago del saldo pendiente al ocurrir un siniestro total o parcial independientemente de la forma de pago arriba descrita de la prima anual total de seguro.

¿Esta exonerado del pago de Impuesto Sobre Ventas? Sí  No

### F. SINIETROS Y RECLAMACIONES

No. de cuenta a acreditar en caso de siniestro		Ahorro <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/>	Institución bancaria
--	--	--	----------------------

### G. DECLARACIÓN Y ACEPTACIÓN DE CONDICIONES

Declaro expresamente que:

- Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita, y la ejerzo dentro del marco legal, y los recursos que poseo, no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal hondureño.
- Este formulario únicamente constituye una solicitud de seguro y no representa garantía que la misma será aceptada por MAPFRE; ni que la misma, en todo caso, será aceptada en los términos solicitados.
- La información que he suministrado en esta solicitud es veraz y verificable y puede ser confirmada en cualquier momento por esta compañía.
- Toda la información anterior, ha sido escrita o dictada por mi persona, de acuerdo con mi leal saber y entender, y que la misma es la base para que MAPFRE emita la cobertura de seguro solicitada. Así mismo, libero a MAPFRE de toda responsabilidad sobre la cobertura otorgada, en caso de omisiones o declaraciones falsas o inexactas sobre hechos conocidos por mi persona, que de haber sido debidamente conocidos por MAPFRE, hubieran podido influir de modo determinante para que la cobertura solicitada no se suscribiera, o se hubiera suscrito en condiciones distintas.
- Queda debidamente entendido y aceptado por parte de MAPFRE que el uso de la información obtenida en esta solicitud de seguro, esta circunscrita estrictamente al proceso de análisis para suscribir o denegar la cobertura solicitada, y el trámite posterior de reclamaciones de derecho si la misma fuera otorgada; por tanto, únicamente podrá ser recopilada, consultada y utilizada por MAPFRE, en razón de su naturaleza. MAPFRE deberá garantizar la debida custodia, confidencialidad absoluta y el buen uso de esta información.
- Acepto el hecho que, de demostrarse falso testimonio en la información aquí presentada, MAPFRE está facultada a dar por terminado el contrato de
- Manifiesto que he leído esta solicitud de seguro y las condiciones generales plasmadas en la misma, las cuales formarán parte íntegra del contrato de seguro, y que he tomado conocimiento de mi derecho a decidir sobre la contratación de este seguro, y a la libre elección de la institución aseguradora.
- Acepto recibir de forma electrónica al correo personal especificado en esta solicitud de seguro, la póliza, sus modificaciones (si las hubiere) y cualquier otra correspondencia que se derive de este contrato de seguro con MAPFRE.
- La vigencia del presente seguro será a partir de la aceptación por parte de la compañía.

### H. FIRMAS

Firmado en la ciudad de \_\_\_\_\_, a los \_\_\_\_\_ día(s) del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma del contratante

\_\_\_\_\_

Firma del agente

**"Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución No.13/15-05-2024"**

