



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 <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Carné <input type="checkbox"/>
Lugar de nacimiento		No. de identificación	
Nacionalidad		RTN	
Estado civil	S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> UL <input type="checkbox"/>	Profesión	
Género	Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	Oficio / actividad económica	
No. celular		Ocupación	
Email personal		Nombre completo del conyugue	

Dirección de residencia del contratante / asegurado

Dirección Completa	
Municipio	Ciudad
País	Departamento
	Teléfono

¿Depende económicamente de otra persona? Si No

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

Describa 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 <input type="checkbox"/>	Privada <input type="checkbox"/>	Mixta <input type="checkbox"/>
Según la actividad económica	Industrial <input type="checkbox"/>	Comercial <input type="checkbox"/>	Transporte <input type="checkbox"/>
	Construcción <input type="checkbox"/>	Agrícola <input type="checkbox"/>	Civil <input type="checkbox"/>
	Servicios financieros <input type="checkbox"/>	Otros: <input type="checkbox"/>	
APNFD (Actividad y Profesionales no Financieras Designadas)	Escuelas públicas <input type="checkbox"/>	Instituciones sin fines de lucro <input type="checkbox"/>	Cooperativas <input type="checkbox"/>
	Embajadas <input type="checkbox"/>	Empresas del Estado <input type="checkbox"/>	Otras: <input type="checkbox"/>
Según la forma jurídica	Empresas Nacionales con fines de lucro <input type="checkbox"/>	Empresas extranjeras que operan en Honduras <input type="checkbox"/>	

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"/>		
Existencias de mercaderías	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Maquinaria, equipos y herramientas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Mobiliario y equipo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Mobiliario particular, menaje de casa y efectos personales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Materias primas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Productos en proceso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Productos terminados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Bienes propiedad de terceros bajo la custodia del asegurado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Interrupción de Negocios (indicar valores)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Pérdida de utilidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Gastos fijos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Sueldos y salarios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Periodo de indemnización (meses)				
Pérdida de alquileres, período de indemnización (Meses)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Renta, período de indemnización (Meses)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Remoción de escombros	<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"/>
Pérdidas o daños materiales por explosión			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pérdidas o daños materiales por huelgas 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			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pérdidas o daños materiales por caídas de naves aéreas, objetos caídos de las mismas y/o colisión de vehículos terrestres			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pérdidas o daños materiales causados por tifón, huracán, rebozo de mar, ciclón, vientos tempestuosos, caída de árboles y/o			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pérdidas o daños materiales por todo tipo de inundación y/o maremoto			<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 entresijos				
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 No

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 Sí No

En caso afirmativo describa las causa (s), monto indemnizado y fecha (s)

--	--

Se depositan sustancias inflamables dentro del edificio Sí No

¿Cuenta con estados financieros auditados y actualizados? Sí No

*en caso afirmativo proporcionar copia de los mismo a esta solicitud

C. BENEFICIARIOS

Nombre	No. del DNI	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	
Subtotal prima		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"/>
Prima Anual Total de Seguro			

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 Corriente Institución bancaria

G. DECLARACIÓN Y ACEPTACIÓN DE CONDICIONES

Declaro expresamente que:

1. 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.

2. 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.

3. La información que he suministrado en esta solicitud es veraz y verificable y puede ser confirmada en cualquier momento por esta compañía.

4. 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.

5. 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.

6. Acepto el hecho que, de demostrarse falso testimonio en la información aquí presentada, MAPFRE está facultada a dar por terminado el contrato de

7. 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.

8. 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.

9. 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. 22/24-07-2024"

