

SOLICITUD SEGURO DE INCENDIO Y LÍNEAS ALIADAS

DATOS DEL ASEGURADO O REPRESENTANTE LEGAL

Nombre completo:

No. y tipo de documento de identificación:

Lugar y fecha de nacimiento:

Sexo: F M

RTN del asegurado o representante legal:

Nacionalidades:

Dirección de residencia del asegurado:

Teléfono de residencia:

Número de celular:

Correo electrónico:

INFORMACION FINANCIERA DEL ASEGURADO O REPRESENTANTE LEGAL

Profesión, oficio o actividad económica que practica:

Nombre de la empresa donde labora o negocio propio:

Giro del negocio:

Tiempo de laborar:

Teléfono de la empresa o negocio propio:

Dirección, municipio y departamento de la empresa o negocio propio:

Cargo que desempeña:

Origen de los recursos:

 +504 2540-0016

 +504 2540-0016
+504 2262-9201

 servicioalcliente@segcon.hn
www.segcon.hn

 Centro Comercial Nova Prisa, S.P.S.
Centro Comercial Miramontes, TEGA

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución
Registro POL GPU No. 19/1-07-2025



**Seguros
Continental**

De la mano contigo

Elije el rango de su ingreso mensual en cantidad de salarios mínimos:

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

¿Depende de alguien económicamente? Indique nombre, relación y D.N.I.:

¿Recibe ingresos de otras actividades? Indique fuente:

¿Tributa para el gobierno de EUA? Si No

Indique No. de identificación tributaria de EUA:

¿Cliente es APNFD? Si No

Indique actividad APNFD que realiza:

¿Ha desempeñado algún cargo público en los últimos 5 años? Indique cargo e institución (si aplica, en caso afirmativo debe llenar formulario adicional de persona políticamente expuesta):

A. DATOS DE LA PERSONA JURÍDICA

Razón o Denominación Social:

Nombre Comercial:

RTN Persona Jurídica:

Giro o Actividad Económica:

No. De inscripción del registro mercantil:

Procedencia de fondos:

País de constitución:

Fecha de constitución:

Dirección, municipio y departamento de la empresa:



+504 2540-0016



+504 2540-0016
+504 2262-9201



servicioalcliente@segcon.hn
www.segcon.hn



Centro Comercial Nova Prisa, S.P.S.
Centro Comercial Miramontes, TEGA

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución
Registro POL GPU No. 19/1-07-2025

Teléfono de empresa:

Correo electrónico de la empresa:

Países o departamentos donde opera:

INFORMACION FINANCIERA DE LA PERSONA JURIDICA

Total ingresos anuales

Total egresos anuales

Total activos

Total pasivos

Proveedores principales de la empresa

Referencias bancarias o comerciales:

¿Pertenece a algún grupo económico? En caso de que si, indique a cuál:

Describa nombre de los accionistas:	% de Participación	No. de DNI	Nacionalidad	PEP? * SI/NO
1				
2				
3				
4				

Si los accionistas anteriores contienen una empresa, por favor describa los nombres de los beneficiarios finales (mayor al 25%):	% de Participación	No. de DNI	Nacionalidad	PEP?* SI/NO
1				
2				
3				
4				

DATOS DEL SEGURO DE INCENDIO Y LÍNEAS ALIADAS

- 1) Dirección del riesgo
- 2) Giro del Negocio
- 3) Antigüedad de la construcción

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución
Registro POL GPU No. 19/1-07-2025

+504 2540-0016

+504 2540-0016
+504 2262-9201

servicioalcliente@segcon.hn
www.segcon.hn

Centro Comercial Nova Prisa, S.P.S.
Centro Comercial Miramontes, TEGA

¿Tiene seguros vigentes sobre estos bienes en otra institución? Indique detalle:

INFORMACIÓN DE BENEFICIARIOS:

Nombres y Apellidos	DNI / RTN	% de participación

BIENES Y SUMAS ASEGURADAS:

No.	Asegurados	Sumas Aseguradas

COBERTURA BASICA:

No.	Cobertura Básica	Amparado / No Amparado	Suma Asegurada
	I) COBERTURAS BÁSICAS Con sujeción a sus términos y condiciones, el seguro que consta en esta Póliza cubrirá cualquier daño o pérdidas materiales causados directamente y de forma accidental, súbita e imprevista a consecuencia de:		
1	Incendio y/o Rayo		
2	Daños materiales por explosión (anexo 1).		
3	Cobertura de terremoto, temblor, erupción volcánica, caída de ceniza y/o arena volcánica e incendio consecutivo (Anexo 2).		
4	Pérdidas o daños materiales por huracán, tifón, tornado, ciclón, vientos tempestuosos y/o granizo (Anexo 3).		
5	Inundación y/o maremoto (Anexo 4).		
6	Pérdidas o daños materiales por motín, huelga y/o alborotos populares (Anexo 5)		
7	Daño malicioso (Anexo 6)		
8	Pérdidas o daños materiales por caída de naves aéreas, objetos caídos de las mismas y/o colisiones de vehículos terrestres (Anexo 7).		

DEDUCIBLES:



+504 2540-0016



+504 2540-0016
+504 2262-9201



servicioalcliente@segcon.hn
www.segcon.hn



Centro Comercial Nova Prisa, S.P.S.
Centro Comercial Miramontes, TEGA

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución
Registro POL GPU No. 19/1-07-2025



Cobertura	Porcentaje o Valor

DETALLE DE PAGO:

Prima Neta Anual:		Forma de Pago ☐ Anual ☐ Mensual ☐ Trimestral ☐ Semestral ☐ Otro: _____	
Gastos de emisión:			
Descuento:		No. De cuotas	
Recargos:		Valor de 1ra cuota	
Prima Total Anual:		Valor de demás cuotas	

D. ACLARACIONES E INSTRUCCIONES ESPECIALES

Queda entendido que si dentro de 30 (treinta) días a partir de hoy no recibo la póliza, ni aviso relacionado con esta solicitud, ésta será considerada rechazada. Estoy de acuerdo en que la aceptación de la Póliza emitida de conformidad en los términos de esta solicitud constituirá una ratificación por parte mía de las declaraciones contenidas en ellas. Si Seguros Continental, S.A. rehúsa aceptar esta solicitud de acuerdo con el plan, cantidad y tipo de prima solicitados, se me reintegrará cualquier depósito o adelanto que haya efectuado para la emisión de la Póliza que solicito y que ninguna persona excepto un oficial ejecutivo de Seguros Continental, S.A., podrá actuar en nombre de Seguros Continental, S.A., para efectuar, modificar o cancelar el contrato o hacer que Seguros Continental, S.A., renuncie a sus derechos o requisitos y que ninguno de estos actos podrán ser efectuados por el agente de Seguros Continental, S.A. que llene esta solicitud. Así mismo declaro haber recibido copia íntegra de las CONDICIONES GENERALES y PARTICULARES de la Póliza cuya expedición solicité y estar enterado del contenido de las mismas que doy por aceptadas. Seguros Continental, S.A. se reserva el derecho a efectuar los pagos correspondientes a indemnizaciones en la divisa que considere pertinente.

G. DECLARACIONES DEL SOLICITANTE

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 y declaro que he sido enterado y acepto las Condiciones Generales 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



+504 2540-0016



+504 2540-0016
+504 2262-9201



servicioalcliente@segcon.hn
www.segcon.hn



Centro Comercial Nova Prisa, S.P.S.
Centro Comercial Miramontes, TEGA.

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución
Registro POL GPU No. 19/1-07-2025



**Seguros
Continental**

De la mano contigo

demostrarse falso testimonio en la información aquí presentada, Seguros Continental S.A., 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.

F. AUTORIZACIÓN DE MÉTODOS DE PAGO

Ofrecemos opciones de pago fácil y seguras. Indique la forma de pago que más le convenga:

Extra-financiamiento BAC. 0% interés hasta 12 meses. **SI** **NO**

Cargo Automático a la tarjeta de Crédito o Débito: En caso de seleccionar esta opción, proporcione la siguiente información.

Banco Emisor de Tarjeta:

Número de Tarjeta:

Fecha del mes que desea se realice el débito:

Al seleccionar la opción de cargo automático, AUTORIZO a SEGUROS CONTINENTAL, S.A. A realizar el cargo a mi tarjeta de crédito o débito en AUTOMÁTICO con la información detallada debajo. Entiendo que el débito podrá ser cancelado por escrito y en el momento que ambas partes estimen conveniente. En caso de cambio de tipo (migración) de la tarjeta antes señalada, autorizo la aplicación de estos servicios a la nueva.

G. PAGOS REALIZADOS POR TERCEROS

Si un tercero realizara pagos a su favor, proporcionar la siguiente información:

Nombre del tercero:

Número de identificación:

Relación:

FECHA _____

FIRMA DEL SOLICITANTE _____

FIRMA DEL INTERMEDIARIO DE SEGUROS / CORREDURÍA _____

PARA USO INTERNO DE LA COMPAÑÍA

NOMBRE Y CÓDIGO DEL INTERMEDIARIO DE SEGUROS / CORREDURÍA

**NOMBRE Y CÓDIGO DEL EJEJCUTIVO DE NEGOCIOS DE SEGUROS CONTINENTAL,
S.A.**

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución
Registro POL GPU No. 19/1-07-2025



+504 2540-0016



+504 2540-0016

+504 2262-9201



servicioalcliente@segcon.hn
www.segcon.hn



Centro Comercial Nova Prisa, S.P.S.
Centro Comercial Miramontes, TEGA



+504 2540-0016



+504 2540-0016
+504 2262-9201



servicioalcliente@segcon.hn
www.segcon.hn



Centro Comercial Nova Prisa, S.P.S.
Centro Comercial Miramontes, TEGA

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución
Registro POL GPU No. 19/1-07-2025