

**SEGURO DE AUTOMÓVIL**  
**SOLICITUD DE SEGURO PERSONA JURÍDICA**

Póliza No.			Categoría:		
Agencia:	Vigencia Desde:	Hasta:	Hora:		
Persona Natural <input type="checkbox"/>	Comerciante Individual <input type="checkbox"/>	APNFD <input type="checkbox"/>	PEP <input type="checkbox"/>		
<b>Datos del Autorizado para Contratar / Persona Natural</b>					
COMO APARECE EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD					
Nombres:	Primer Apellido:	Segundo Apellido:		Apellido de Casada:	
Identidad No.:	Tipo de Identificación:	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"/>	Viudo (a) <input type="checkbox"/>	Unión Libre <input type="checkbox"/>	
Femenino <input type="checkbox"/>					
Nombre completo del Cónyuge:			No. Identidad del Cónyuge		
<b>Dirección Completa de Residencia:</b>					
Departamento:		Municipio:			
Colonia:		Calle:		Avenida:	
Bloque No.:	Casa No.:	Teléfono de Residencia		No. De Celular	
Otras referencias o señas:					
Profesión, ocupación u oficio:					
<b>Origen de los Recursos</b>					
Actividad Económica Principal:					
Ocupación actual:	Asalariado <input type="checkbox"/>	Pensionado <input type="checkbox"/>	Estudiante <input type="checkbox"/>	Independiente <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: \_\_\_\_\_

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

Si su respuesta es afirmativa, ¿cómo lo hace?: Seminarios  Capacitaciones  Charlas   
Trifolios  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  No  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  No   
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  No  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

**Características del Vehículo a Asegurar**

Marca de Fábrica \_\_\_\_\_ Tipo \_\_\_\_\_ Modelo \_\_\_\_\_

Año de Fabricación: \_\_\_\_\_ No. De Serie: \_\_\_\_\_ No. De Motor: \_\_\_\_\_

No. De Placa \_\_\_\_\_ Cantidad de Pasajeros \_\_\_\_\_ Fecha de Compra \_\_\_\_\_

Estado en que lo adquirió \_\_\_\_\_ Cantidad que adeuda \_\_\_\_\_

Forma de compra \_\_\_\_\_ Donde guarda el vehículo durante el día \_\_\_\_\_

Durante la noche: \_\_\_\_\_ Hay vigilancia en el lugar: Sí \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

Uso del vehículo: \_\_\_\_\_ Frecuencia de uso: \_\_\_\_\_

¿Se cercioró de la legalidad del vehículo? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Ha tenido accidentes Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Cuantos \_\_\_\_\_ Resultó ser culpable Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

El vehículo será conducido en algún momento por personas menores de veintiuno (21) años o mayores de 75 años:

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ En caso de ser afirmativo, favor proporcione lo siguiente:

Nombre completo: \_\_\_\_\_ No. De Identidad: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Vencimiento de la licencia: \_\_\_\_\_

RIESGOS CUBIERTOS	VALOR A ASEGURAR	DEDUCIBLES
A. Colisiones y/o vuelcos accidentales		
B. Otros Riesgos al vehículo asegurado		
1. Incendio, rayo y autoignición		
2. Robo total del automóvil		
3. Huelgas y alborotos populares		
4. Responsabilidad civil por daños a terceros en sus bienes		
5. Responsabilidad civil por daños a terceros en sus personas		
6. Rotura de cristales		
7. Equipo especial		
8. Desbordamiento de ríos, derrumbe de carreteras y otros		
9. Extensión territorial		
10. Gastos médicos		
a. Hospitalización		
b. Atención médica		
c. Enfermería		
d. Seguro de ambulancia		



<b>11. Seguro de Ocupantes</b>			
a. Muerte Accidental			
b. Incapacidad Total y Permanente			
c. Gastos Médicos por accidente			

**DESCRIPCIÓN DEL EQUIPO ESPECIAL (Todo aquel equipo adicional que no es de fábrica) (Se debe adjuntar la factura de compra)**

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:

**BENEFICIARIO COMO ACREEDOR HIPOTECARIO O PRENDARIO:**

Razón social o mercantil:                      Monto a endosar:

**SINIESTRALIDAD:**

Sí  No

Si su respuesta fue afirmativa, favor especifique causas, fecha del siniestro, tipo de daño, valor indemnizado, tipo de reparación realizada.

**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 comprobare 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 \_\_\_\_\_

_____	_____	_____
<b>Firma del Solicitante</b> (Huella digital si no puede escribir)	<b>Firma del Titular de la Póliza</b> (Huella digital si no puede escribir)	<b>Sello si aplica</b>
_____	_____	_____
<b>Nombre del Intermediario</b>	<b>Firma del Intermediario</b>	
_____	_____	
<b>Código No.</b> _____		
_____	_____	_____
<b>Nombre del Oficial de Negocio</b>	<b>Firma del Oficial de Negocios</b>	
_____	_____	

**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.

