

**SEGURO DE AUTOMÓVIL
SOLICITUD DE SEGURO PERSONA NATURAL**

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"/>
Datos del Autorizado para Contratar / Persona Natural			
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"/>
Femenino <input type="checkbox"/>			Unión Libre <input type="checkbox"/>
Nombre completo del Cónyuge:		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 <input type="checkbox"/>	Pensionado: <input type="checkbox"/>	Ama de casa <input type="checkbox"/>
		Estudiante <input type="checkbox"/>	Independiente <input type="checkbox"/>
Si el asegurado es estudiante o ama de casa, favor proporcionar la siguiente información:			
Información de la persona de quien depende económicamente			
Primer Nombre:	Segundo Nombre:	Primer Apellido:	Segundo Apellido:
			Apellido de Casada:
No. De Identidad:	Actividad Económica que Desarrolla:		Parentesco o Afinidad:



Información Financiera del Asegurado o su Representante

Especifique su fuente de ingresos: _____

Nivel Aproximado de ingreso según el Salario Mínimo Mensual Vigente (actividad principal):

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

¿Recibe ingresos diferentes a su actividad principal?

Sí No

Si su respuesta es Si detalle:

Fuente de ingresos: _____

Valor mensual estimado: _____

¿Realiza transacciones en moneda extranjera?

Sí No

Tipo de moneda: Dólar Euro Otra: _____

Datos Laborales

Nombre de la empresa donde labora:	Posición / cargo que desempeña:	Tiempo de laborar en la empresa:
------------------------------------	---------------------------------	----------------------------------

Dirección completa de la empresa donde labora:

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

Específicamente detalle su fuente de ingresos:

Es usted una persona expuesta públicamente (PEP) Sí No

En caso de que su respuesta sea afirmativa, completar el formulario de identificación y vinculación para personas expuestas políticamente (Nacional y extranjero)

¿Mantiene pólizas suscritas con esta u otra (s) aseguradora (s)? Sí No

Especifique:

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)	
			Financiera <input type="checkbox"/>	Personal <input type="checkbox"/>



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 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. Servicio de ambulancia		
11. Servicio de Ocupantes		
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:	IMPUESTOS:	GASTOS DE EMISIÓN:	
PRIMA TOTAL	Pago de contado:		
Fraccionamiento: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>		Primera cuota:	Subsiguientes:
Forma de Pago:			
Tarjeta de crédito No.	Efectivo:	Cheque No.	Transferencia Bancaria No.
Tarjeta de Débito No.	Depósito a Cuenta		
SINIESTRALIDAD: SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
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 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 _____			
_____	_____	_____	
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 No. _____	
_____ Nombre del Oficial de Negocio	_____ Firma del Oficial de Negocios
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.	

