

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

A. DATOS DEL ASEGURADO O REPRESENTANTE LEGAL

Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre															
Lugar de nacimiento		Fecha de nacimiento		Día		Mes		Año		Sexo		M		F		Nacionalidades					
DNI		Carnet de residencia		Pasaporte		No. de documento		Fecha de Expiración del documento		Día		Mes		Año		1		2			
RTN del asegurado o representante legal		Dirección de residencia del asegurado		Teléfono de residencia		Número de celular		Correo electrónico		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 de la empresa o negocio propio		Cargo que desempeña		Origen de los recursos		Elija 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 51 en adelante	
¿Depende de alguien económicamente? Indique nombre/relación:		¿Recibe ingresos de otras actividades? indique fuente:		¿Tributa para el Gobierno de EUA?		Indique No. de Identificación Tributaria de EUA		¿Cliente es APNFD?		Indique actividad APNFD que realiza		Si		No		Si		No		Indique cargo e institución (si aplica)	
¿Ha desempeñado algún cargo público en los últimos 5 años?*		Si		No																	

* En caso afirmativo, llenar formulario adicional Persona Políticamente Expuesta (PEP).

B. DATOS DE LA PERSONA JURÍDICA

Razón o Denominación Social		Nombre Comercial		RTN Persona Jurídica	
Giro o Actividad Económica		No. De inscripción del registro mercantil:		País de constitución	
Fecha de constitución		Dirección, municipio y departamento de la empresa		Correo electrónico de la empresa	
Países o departamentos donde opera		Total ingresos anuales		Total egresos anuales	
Total activos		Total pasivos			
Proveedores principales de la empresa		1		2	
Referencias bancarias o comerciales		1		2	
¿Pertenece a algún grupo económico? En caso de que si, indique a cuál		1		2	

Describa nombre de los accionistas	No. de DNI	% Participación	Nacionalidad	PEP? * SI/NO

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

C. DATOS DEL SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL

¿Tiene seguros vigentes sobre el mismo riesgo en otra institución? Indique detalle

Años de experiencia en el sector donde realiza sus actividades

Número de empleados

Historial de reclamaciones y/o siniestros en los últimos 5 años

Montos pagados en indemnizaciones o acuerdos por daños a terceros

Medidas tomadas para reducir riesgos

C1. COBERTURA BASICA

Código	Cobertura Básica	Amparado/ No Amparado	Suma Asegurada
A	Responsabilidad civil por lesiones corporales La Compañía garantiza a quien corresponda, el pago de la indemnización a que pudiera quedar obligado legalmente el Asegurado, por su responsabilidad civil a consecuencia de lesiones corporales, incluyendo la muerte, causada accidentalmente a terceras personas.		Por persona Por accidente
B	Responsabilidad civil por daños a bienes La Compañía garantiza a quien corresponda, el pago de la indemnización a que pudiera quedar obligado legalmente el Asegurado por su responsabilidad civil a consecuencia directa de daños materiales, pérdida o destrucción causados. accidentalmente a bienes propiedad de terceras personas.		

Código	Cobertura Básica	Amparado/No Amparado	Suma Asegurada
C	Defensa, liquidación o ajuste, pagos suplementarios En relación a las coberturas otorgadas por esta póliza, la Compañía se obliga, además a lo siguiente: 1) Defender al asegurado en cualquier litigio que contra él se promueva e inicie y en el cual se alegue responsabilidad por lesiones corporales o muerte de terceros y/o daños o destrucción de bienes propiedad de terceros y que se pretenda el cobro de indemnización por ese concepto. No obstante, lo anterior la Compañía se reserva el derecho de realizar cualquier investigación, negociación y ajuste de cualquier reclamo o litigio que estimare conveniente. 2) Pagar las primas sobre fianzas para liberar embargos y las primas sobre fianzas requeridas en conexión con la defensa de litigios, pero sin estar obligada a solicitar o contratar por cuenta del Asegurado, las fianzas ni efectuar alguna otra gestión o pago para liberar los embargo. 3) Pagar las costas impuestas que por sentencia corresponda. 4) Pagar los gastos en que incurra en Asegurado por concepto de los primeros auxilios médicos y quirúrgicos que deban prestarse a terceras personas al momento del accidente. 5) Reembolsar al Asegurado todos los gastos razonables para evitar la agravación del daño, incurridos por éste y autorizados por la Compañía por escrito. La Compañía conviene en pagar lo especificado en los numerales 2, 3, 4 y 5 anteriores, en adición al límite máximo de responsabilidad aplicable según las condiciones particulares de esta póliza; sin embargo para el numeral 2, cuando la cantidad señalada en la demanda como indemnización sea mayor a la suma asegurada, la participación de la Compañía será proporcional a dicho exceso; y en el caso del numeral 3, la proporción será en relación a la cantidad señalada en la sentencia. En todo caso la compañía fija un límite máximo de indemnización bajo este concepto, del 15% de la suma asegurada.		

C2. DEDUCIBLES:

Cobertura	Porcentaje o Valor

C3. CONTINGENTES:

Nombres y apellidos	No. de DNI / RTN	% Participación

C4. VIGENCIA

Desde	Al medio día	Hasta	Al medio día
-------	--------------	-------	--------------

D. DETALLE DE PAGO Y CUOTAS

Prima Neta Anual		Forma de Pago
Gastos de Emisión		
Descuento		Anual ☐ Mensual ☐ Trimestral ☐ Semestral ☐ Otro ☐ _____
Recargos		No. de Cuotas -
Prima Total Anual		Valor de 1ra Cuota
		Valor de demás Cuotas

D. 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.
- ☐ 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.

E. PAGOS REALIZADOS POR TERCEROS

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

Nombre del tercero: _____

Número de identificación: _____

Relación: _____

F. 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 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.

Nombre del solicitante

Firma del solicitante

Lugar y fecha:

Código y firma del Embajador

PARA USO INTERNO DE LA COMPAÑÍA

SOLICITUD DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD

Código	Nombre del Embajador de seguro/correduría
Código	Nombre del ejecutivo de negocios de Seguros Continental,S.A. -