



SOLICITUD DE SEGURO
RESPONSABILIDAD CIVIL

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 ☐ Pasaporte ☐ Carné ☐	
Lugar de nacimiento	No. de identificación		
Nacionalidad	RTN		
Estado civil	Profesión		
Género	Oficio / actividad económica		
No. celular	Ocupación		
Email personal	Nombre completo del conyugue		
Dirección de residencia del contratante / asegurado			
Dirección Completa			
Municipio	Ciudad	Departamento	
País	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? Si ☐ 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: Si ☐ No ☐			
¿Cuál?			
Tipo de Empresa			
Según la composición de capital	Pública ☐	Privada ☐	Mixta ☐
Según la actividad económica	Industrial ☐	Comercial ☐	Transporte ☐
	Construcción ☐	Agrícola ☐	Civil ☐
	Servicios financieros ☐	Otros: ☐	
APNFD (Actividad y Profesiones no Financieras Designadas)	Escuelas públicas ☐	Instituciones sin fines de lucro ☐	Cooperativas ☐
	Embajadas ☐	Empresas del Estado ☐	Otras: ☐
Según la forma jurídica	Empresas Nacionales con fines de lucro ☐	Empresas extranjeras que operan en Honduras ☐	
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

Descripción exacta de la(s) actividad(es) o giro del asegurado
Cobertura “A”: Se cubre la Responsabilidad Civil por Lesiones Corporales incluyendo la muerte causada accidentalmente a terceras

personas por las que el asegurado pueda ser declarado legalmente responsable por daño que haya causado durante el curso normal de las actividades descritas en las condiciones particulares de la póliza.			☐
Cobertura “B” – Se cubre la Responsabilidad Civil por Daños a terceros de bienes a consecuencia de daños materiales, pérdida o destrucción causados accidentalmente a bienes propiedad de terceras personas.			☐
¿Requiere cobertura de responsabilidad civil construcción?		Si ☐	No ☐
¿Requiere cobertura de responsabilidad civil cruzada?		Si ☐	No ☐
** Proporcionar copia del contrato, cronograma, plan de Inversión (presupuesto), estudio de suelo			
En caso de haber contestado afirmativamente la pregunta anterior, completar el siguiente cuadro			
Nombre subcontratistas		Actividad a desarrollar	Experiencia
Límites de responsabilidad (suma asegurada)			
Límite único combinado por evento y en el agregado anual			
Daños a terceros en sus personas		Por persona	
		Por accidente	
Daños a terceros en sus bienes		Por accidente	
		Monto total de indemnización	
Información técnica del asegurado		Año	Monto
Ingresos de los últimos 3 años			
Año 1:		Año 2:	Año 3:
Número de empleados		Salarios pagados anualmente	
Años de construcción		Área (mts²)	Número de niveles
Colindantes			
Descripción de rótulos			
Material		Dimensiones	Años
Proporcionar de siniestros (últimos 5 años)			
Fecha del evento		Monto indemnizado	Causa del siniestro
Medidas de protección seguridad			
Observaciones			
C. BENEFICIARIOS			
Nombre		No. de identidad	Parentesco
			% de designación
D. PRIMAS		E. FORMA DE PAGO DE PRIMA	
Prima Comercial		Contado ☐	Pago fraccionado ☐
Otros recargos		No. de pagos	
Subtotal prima		Medios de pago	 Depósito bancario ☐
Gastos de Emisión			 Débitos automáticos ☐
Impuesto Sobre Ventas			 Intra/Extrafinanciamiento ☐
Tasa de Bomberos			 Link de pago ☐
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