

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

A. DATOS DEL ASEGURADO

Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre	
Lugar de nacimiento		Fecha de nacimiento		Sexo		Nacionalidades	
		Día Mes Año		M F		1 2	
DNI ☐ Carnet de residencia ☐ Pasaporte ☐		No. de documento		Fecha de Expiración del documento		Día Mes Año	
RTN		Estado civil		Nombre completo del cónyuge		Teléfono celular del cónyuge	
Dirección de residencia del asegurado		Municipio		Departamento		País	
Teléfono de residencia		Número de celular		Correo electrónico			
Profesión, oficio o actividad económica que se dedica		Nombre de la empresa donde labora o negocio propio		Giro del negocio			
Cargo que desempeña		Tiempo de laborar		Dirección de la empresa o negocio propio			
Municipio		Departamento		País			
¿Con qué institución financiera posee cuentas bancarias?							
1.		3.		5.			
2.		4.		6.			
Teléfono de la empresa o negocio propio		Origen de los recursos		Correo electrónico			
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 51 en adelante ☐					
¿Posee otros Seguros?		¿Qué tipos de Seguros?		¿Depende de alguien económicamente? Indique nombre/relación:			
Si ☐ No ☐							
Indique la(s) compañía(s)		Indique las sumas aseguradas		¿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 ☐			
¿Ha desempeñado algún cargo público en los últimos 5 años?*				Indique cargo e institución (si aplica)			
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:		Procedencia de fondos	
Fecha de constitución		Dirección, municipio y departamento de la empresa		Teléfono de la empresa	
Países o departamentos donde opera		Total ingresos anuales		Total egresos anuales	
		Total activos		Total pasivos	

B1. DATOS DE LA PERSONA JURÍDICA

Proveedores principales de la empresa

1

2

3

Referencias bancarias o comerciales

1

2

3

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

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

D. INFORMACIÓN DE BENEFICIARIOS: Marque el tipo de Relación Financiera ☐ Personal ☐

Nombres y Apellidos	DNI / RTN	% Participación	¿PEP? * SI/NO

C. DATOS DEL SEGURO DE TRANSPORTES

Bienes a Transportar				
Embalaje				
Suma asegurada	Lempiras ☐		Dólares ☐	
Monto estimado anual de los embarques a realizar	Lempiras ☐		Dólares	
Número de viajes estimados según el período de seguro que se contrata				
Límite monetario máximo por embarque	Lempiras ☐		Dólares ☐	

C1. DATOS DEL SEGURO DE TRANSPORTES

Estado de los bienes a transportar	Nuevos ☐ Usados ☐
Origen	
Destino	
Estadía en bodegas intermedias	
Identificación del Vehículo Transportador	
Transportista	
Medidas de seguridad	
En caso de endoso acreedor, indique beneficiario y monto	
¿Tiene seguros vigentes sobre estos bienes en otra institución? Indique detalle	Si ☐ No ☐
Tipo de póliza	Fija ☐ Declarativa ☐ Por viaje ☐ Abierta ☐
Vía	Terrestre ☐ Marítimo ☐ Aéreo ☐

C2. COBERTURA BÁSICA

No.	Cobertura	Amparado/No Amparado
I	1) Medio de transporte terrestre	
	a. Accidente del vehículo transportador.	
	b. Descarrilamiento del vagón del ferrocarril en que viajen los bienes asegurados.	
	c. Incendio, rayo y/o explosión en la bodega de tránsito	
	d. Maniobras de carga y descarga.	
	2) Medio de transporte marítimo	
	a. Incendio, rayo y explosión.	
	b. Encalladura, varadura, zozobra o hundimiento del medio de transporte.	
	c. Desviación, cambio de ruta o transbordo durante el viaje con el fin de salvaguardar la embarcación o la mercadería.	
	d. Colisión o contacto del medio de transporte con cualquier objeto externo que no sea agua.	
	e. La pérdida de bultos por entero caídos durante las maniobras de carga, trasbordo o descarta.	
	f. Desembarque de la carga en un puerto de arribada forzosa.	
	g. Sacrificio en Avería Gruesa o contribución del Asegurado en Avería Gruesa y Gastos de Salvamento.	
	h. Echazón	
	i. Se extiende a amparar los bienes mientras sean transportados hasta o desde el buque principal de embarcaciones auxiliares y se consideran asegurados separadamente, mientras se encuentren a bordo de estas.	
	3) Medio de transporte aéreo	
	a. Incendio, rayo y explosión.	
	b. Caída de aviones.	
	c. Choque, colisión o caída del medio de transporte.	
	d. Gastos de salvamento.	
	e. Maniobras de carga y descarga.	

C3. CAMBIO DE RUTA E INTERRUPCIÓN DEL TRANSPORTE

No.	Cobertura	Amparado/No Amparado
III	III) CAMBIO DE RUTA E INTERRUPCIÓN DEL TRANSPORTE	
	1. Variaciones.	
	2. Interrupción en el transporte.	

C4. COBERTURAS ADICIONALES

No.	Cobertura	Amparado/No Amparado
II	1. Robo de bulto por entero.	
	2. Robo parcial.	
	3. Mojadura.	
	4. Oxidación.	
	5. Contacto con otras cargas.	
	6. Manchas.	
	7. Roturas o rajaduras.	
	8. Falta de peso y derrame.	
	9. Cláusula de todo riesgo.	
	10. Motín, Huelgas y alborotos populares.	
	11. Empaques y Etiquetas.	
	12. Bodega a bodega (para embarques terrestres y aéreos).	
	13. Animales vivos.	
	14. Cláusula de refrigeración.	
	15. Barredura.	
	16. Estadía.	
	17. Baratería del Capitán Tripulación.	

C5. DEDUCIBLES

Cobertura	Porcentaje o Valor

D. VIGENCIA

Desde

A las 12:00 pm del medio día

Hasta

A las 12:00 pm del medio día

D1. DETALLE DE PAGO Y CUOTAS

Prima Neta Anual		ISV	Forma de Pago				
Gastos de Emisión			Anual	Mensual	Trimestral	Semestral	Otro
Descuento			No. de Cuotas				
Recargos			Valor de 1ra Cuota				
Prima Total Anual			Valor de demas Cuotas				

G. 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.
- ☐ Pago en Ventanilla.

Banco Emisor de Tarjeta:

Número de Tarjeta:

Fecha del mes que desea se realice el débito:

Al seleccionar la a opción de cargo automático, **AUTORIZO a SEGUROS CONTINENTAL, S.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, Condiciones Particulares, Solicitud de Seguro y Anexos** 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 todas 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, Asimismo, 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 SA 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.

Lugar y fecha:

Nombre del solicitante

Firma del solicitante

Firma del embajador

Código	Nombre del Embajador de seguro/correduría
Código	Nombre del ejecutivo de negocios de Seguros Continental, S.A.
Fecha	Firma del ejecutivo y Sello

PARA USO INTERNO DE LA COMPAÑIA

