

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

A. DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

No de Póliza		Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre				
Segundo nombre		Lugar de nacimiento			Fecha de nacimiento		Día	Mes	Año	Sexo M ☐ F ☐
Nacionalidades 1 2		DNI ☐ Carnet de residencia ☐ Pasaporte ☐			No. de documento					
Fecha de Expiración del documento Día Mes Año		RTN del representante legal		Estado Civil ☐ Soltero ☐ Casado		Nombre del Conyugue				
Dirección de residencia del representante Legal		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			
Dirección de la empresa o negocio propio		Municipio	Departamento	País		Tiempo de laborar				
Teléfono de la empresa o negocio propio				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? Si ☐ No ☐		¿Qué tipos de Seguros?		¿Depende de alguien económicamente? Indique nombre/relación: ☐						
Indique la(s) compañía(s)		Indique las sumas aseguradas		¿Recibe ingresos de otras actividades? indique fuente:						
¿Tributa para el Gobierno de EUA? Si ☐ No ☐		Indique No. de Identificación Tributaria de EUA			¿Cliente es APNFD? Si ☐ No ☐		Indique actividad APNFD que realiza			
¿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		País de constitución		Fecha de constitución Día Mes Año	
Dirección, municipio y departamento de la empresa		Teléfono de empresa		Correo electrónico de la empresa			Países o departamentos donde opera		

B1. INFORMACION FINANCIERA DE LA PERSONA JURIDICA

Total ingresos anuales		Total egresos anuales		Total activos		Total pasivos	
Proveedores principales de la empresa		Referencias bancarias o comerciales					
¿Pertenece a algún grupo económico? En caso de que si, indique a cuál							

Describa nombre de los accionistas	% de Participación	No. de DNI	Nacionalidad	PEP?" SI/NO
Si los accionistas anteriores contienen una empresa, por favor describa los nombres de los beneficiarios finales (mayor al 259)	% de Participación	No. de DNI	Nacionalidad	PEP?" SI/NO

C. DATOS DEL SEGURO DE VIDA COLECTIVO

¿Número de miembros del grupo asegurable?	Coberturas requeridas
---	-----------------------

COBERTURA BÁSICA

No.	Cobertura	Amparado/No Amparado	Suma Asegurada
I)	MUERTE POR CUALQUIER CAUSA		
II)	PAGO ANTICIPADO DE LA SUMA ASEGURADA POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE		

COBERTURAS ADICIONALES

No.	Cobertura	Amparado/No Amparado	Suma Asegurada
a)	Indemnización Adicional por muerte accidental o Desmembramiento.		
b)	Indemnización adicional por muerte accidental calificada.		
c)	Reembolso de gastos médicos por accidente.		
d)	Exoneración de Pago de Prima por Incapacidad Total y Permanente por Enfermedad o Accidente.		
e)	Anticipo de suma asegurada por enfermedad terminal.		
f)	Gastos Fúnebres		
g)	Repatriación		
h)	Ayuda Alimentaria		

C2. 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
		Valor de 1ra Cuota
Prima Total Anual		Valor de demás Cuotas

D1. 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.
- ☐ Pago en ventanilla

En caso de seleccionar esta opción, proporcione la siguiente información. Si ☐ No ☐

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. 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 integra de las **CONDICIONES GENERALES Y CONDICIONES 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.

F. DECLARACIONES DEL CONTRATANTE

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 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 y no están vinculadas a estas directamente o indirectamente involucradas en las actividades ilícitas contempladas en el código penal hondureño i: 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 que la información proporcionada parcial o totalmente es inexacta, omisa, falsa, engañosa o reticente, dará derecho a Seguros Continental S.A. 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 Contratante

Firma del Contratante

Código y firma del Embajador

PARA USO INTERNO DE LA COMPAÑÍA

Nombre del Embajador de seguro/correduría

Código

Nombre del ejecutivo de negocios de Seguros Continental,S.A.

Fecha:

Firma del ejecutivo y Sello

