Ficohsa

SOLICITUD DE SEGURO
RAMO DE TODO RIESGO INCENDIO
Seguros

Código: SPN-F.DTD-10

A. DATOS GENERALES **La siguiente solicitud deberá ser completada con letra molde**

Para uso exclusivo de la Compañía	Oficina:	
Vinculación:	No. Código de Contratante:	Solicitud No.:

I. Datos Generales del Tomador de Seguro y del Representante Legal (Para Personas Jurídicas)

Persona Natural ☐ Persona Jurídica ☐ | Denominación y Razón Social:

Nombre Comercial:

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido Casada

Identidad ☐ RTN ☐ Carnet de Residencia ☐ Pasaporte ☐ | No. de Identidad, Carnet de Residencia o Pasaporte: | Fecha de vencimiento del documento: Día / Mes / Año

Ocupación o Actividad Económica: | Giro del negocio de la empresa:

Lugar de Nacimiento: | Fecha de Nacimiento: / / | Edad: | Sexo: Masc. ☐ Fem. ☐

Nombre de la empresa donde trabaja o Nombre de Negocio Propio:

Nacionalidad: | Con que instituciones financieras posee cuentas:

Cargo que desempeña: | Tiempo de Laborar:

Estado Civil: Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Unión Libre ☐ Viudo ☐

Nombre completo del Cónyuge:

Fuente de ingreso:

Rango: L0.00-L10,000.00 ☐ 10,001.00-L50,000.00 ☐ 50,001.00-L100,000.00 ☐ L100,001.00 en adelante ☐

Fuente de ingreso Persona Jurídica:

Rango: L0.00-L10,000.00 ☐ 10,001.00-L50,000.00 ☐ 50,001.00-L100,000.00 ☐ L100,001.00 en adelante ☐

Nombre completo de quien depende económicamente:

¿Ha desempeñado un cargo público en los últimos 4 años? Si ☐ No ☐

Si la respuesta es Si, Indicar Nombre del Cargo e Institución

¿Actúa usted por cuenta propia? Si ☐ No ☐

Si la respuesta es No, Indicar Nombre Completo y No. de Identificación

II. Dirección de Residencia del Contratante o Representante Legal (Dirección de Cobro) ☐

Colonia:	Calle:	Avenida:	Bloque:	Casa No.:
Detallar dirección:				
Teléfono:	Celular:	E-mail:	Apartado Postal:	
País:	Departamento:	Ciudad:	Municipio:	

III. Dirección de Trabajo del Contratante o de la Empresa (Cobro) ☐

Colonia:	Calle:	Avenida:	Bloque:	Casa No.:
Detallar dirección:			Teléfono:	
Telefax:	E-mail:	Apdo. Postal:	Sitio Web:	
País:	Departamento:	Ciudad:	Municipio:	

IV. Vigencia

Vigencia: Desde: Al medio día Hasta: Al medio día:

V. Información de Otros Seguros

¿Tiene otros seguros con la compañía? Si ( ) No ( ) ¿Qué tipo de Seguros?

¿Con cuál otra Compañía tiene (tenía) seguros?

¿Qué tipo de seguro? | Sumas Aseguradas:

VI. Datos del Beneficiario Preferente

Nombre Completo del Beneficiario	Número de Identificación	Participación

VII. Dirección del Beneficiario

Colonia:	Casa No.:	Teléfono:	Celular:
Detallar dirección:			
Ciudad:	Municipio:		

En caso de necesitar incluir más beneficiarios solicite hojas para anexarlos

Moneda: Lempiras ☐ Dólares ☐ Euros ☐

Bienes a Asegurar	Suma Asegurada	Prima	Deducible
1. Edificios Anexos y Muros, sin el valor del terreno ni el de los cimientos			
2. Inventarios			
3. Materia Prima			
4. Producto en Proceso			
5. Maquinaria Equipo y Herramientas			
6. Maquinaria y Equipo			
7. Lucro Cesante, Período de Indemnización ☐ Meses			
8. Renta, Período de Indemnización ☐ Meses			
Total			

Para Lucro Cesante y para Renta los valores correctos por asegurar son los correspondientes a los valores de un año, de no asegurarse de esta forma se aplicará la cláusula de proporción indemnizable.

Sublímites	Suma Asegurada	Deducible

IX. Otros Deducibles

Riesgos Catastróficos
Riesgos no Catastróficos

X. Cláusulas Especiales

¿Los bienes arriba descritos están asegurados con otra compañía?

En caso afirmativo, favor indicar que Compañía y el porcentaje asegurado:

Favor proporcionar detalles con respecto a los siniestros

Fecha del Siniestro	Monto Siniestro (incluyendo el deducible)	Causas del Siniestro

XI. Desglose de Prima, Número y Medio de Pago: ¿Paga impuesto sobre venta? SI ☐ NO ☐

Prima Neta		
Impuesto Sobre Venta (15%)		
Derechos de Emisión de la Póliza		
Prima Total		
Número de Pagos:	Primer Pago de:	Pagos de:
Autorizo débito a mi tarjeta de crédito No.	Compañía:	
Autorizo débito a mi cuenta bancaria No.	Banco:	Cheques ☐ Ahorro ☐

XII. Observaciones

XIII. Croquis del bien a asegurar:

Las declaraciones inexactas y las reticencias del contratante, relativas a circunstancias tales que el Asegurador no habría dado su consentimiento o no lo habría dado en las mismas condiciones si hubiese conocido el verdadero estado de las cosas, serán causas de anulación del contrato, cuando el contratante haya obrado con dolo o culpa grave. Articulo No. 1141 del código del Comercio Vigente.
Asimismo el Tomador de seguro declara que la información referente a su identificación es verídica y que puede se confirmada en cualquier momento por esta compañía. Igualmente el Intermediario de seguros declara que ha corroborado la información personal del tomador del seguro y de haber tenido a la vista los documentos de identificación del mismo, en fe de lo cual firma.
Yo/nosotros garantizo (amos) que el/los bien (es) descrito(s) en la presente solicitud es/son de mi/nuestra propiedad, que la información declarada es verdadera, y que no se ha ocultado o suprimido ninguna información; estando de acuerdo en aceptar una póliza sujeta a los términos, condiciones y exclusiones que en ella se indiquen.
Por lo tanto, estoy/estamos de acuerdo que en esta solicitud constituya la base y forme parte de la póliza de seguro extendida a mi/nuestro nombre, en relación a los bienes y riesgos mencionados anteriormente.
Queda entendido que la responsabilidad de la compañía está limitada por los términos y condiciones de la póliza de seguro, asimismo se obliga a tratar toda la información del asegurado contenida en esta solicitud en un plano de estricta confidencialidad.

XIV. Exclusión LA/FT:

El presente contrato se dará por terminado de manera anticipada en los casos que el asegurado, el contratante y/o el beneficiario sea condenado mediante sentencia firme por algún tribunal nacional o de otra jurisdicción por los delitos de Narcotráfico, Lavado de Dinero, Financiamiento del Terrorismo, Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva, o cualquier otro delito de crimen no delincuencia organizada conocidos como tales por tratados o Convenios Internacionales de los cuales Honduras sea suscriptor; o que el beneficiario o Contratante del seguro se encuentren incluidos en la lista de entidades u organizaciones que identifiquen a personas como participes, colaboradores, facilitadores del crimen organizado como ser la lista OFAC (Office Foreing Assets Control) y la lista de Designados por la ONU entre otra. Este endoso se adecuara a lo pertinente a los procedimientos especiales que podrán derivarse de la Ley Especial contra el Lavado de Activos, Ley sobre el Uso Indebido y Tráfico Ilícito de Drogas y Sustancias Psicotrópicas, Ley Contra el Financiamiento del Terrorismo, Ley sobre Privación Definitiva del Dominio de Bienes de origen Ilícito y sus respectivos Reglamentos, en lo relativo al manejo , custodia de pago de primas y de siniestros sobre los bienes asegurados de personas involucradas en ese tipo de actos; sin perjuicio de que la Aseguradora deberá informar a las autoridades competentes cuando aplicare esta cláusula para la terminación anticipada del contrato.

Lugar y Fecha:

XIV. Firmas

Autorizo a LA COMPAÑÍA para que los documentos que acrediten la celebracón de la póliza de seguro, incluyendo las condiciones generales o particulares, modificaciones realizadas a la misma, así como cualquier notificación relacionada a la operación, pueda ser remitida al correo electrónico indicado en esta solicitud.

Nombre del Solicitante	**Firma del Solicitante**	**Código y Firma del Intermediario**

XV. Favor adjuntar a esta solicitud copia de la siguiente documentación:

- ☐ **Registro Tributario Nacional (RTN)**
- ☐ **Permiso de Operación**
- ☐ **Acta constitutiva o escritura debidamente inscrita**
- ☐ **Identidad el apoderado legal**
- ☐ **RTN apoderado legal**
- ☐ **Carta de poder de representante legal**
- ☐ **Formato para detallar beneficiarios finales de personas jurídicas**
- ☐ **Copia de las identidades de los accionistas**
- ☐ **Formato de identificación clientes PEP**

Queda a criterio de La Compañía solicitar información adicional a la detallada anteriormente cuando así lo considere.