SEGUROS CREFISA
Aseguramos tu tranquilidad!

SOLICITUD SEGURO DE TRANSPORTE

PERSONA NATURAL

Póliza No.			**Categoría:**	
Agencia:	**Vigencia Desde:**	**Hasta:**	**Hora:**	
Persona Natural ☐	**Comerciante Individual** ☐	**APNFD** ☐		**PEP** ☐

Datos del Autorizado para Contratar / Persona Natural

COMO APARECE EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD

Nombres:	Primer Apellido:	Segundo Apellido:		Apellido de Casada:
Identidad No.:	Tipo de Identificación:	Cédula ☐	Pasaporte ☐	Carnet Resid. ☐
RTN No.:	Fecha de Nacimiento: Día _____ Mes _____ Año _____			Edad:
Lugar de Nacimiento:	Municipio Departamento País		Nacionalidad (es)	
Género	Estado Civil			
Masculino ☐ Femenino ☐	Soltero (a) ☐ Casado (a) ☐ Viudo (a) ☐ Unión Libre ☐			
Nombre completo del Cónyuge:			No. Identidad del Cónyuge	

Dirección Completa de Residencia:

Departamento:		Municipio:	
Colonia:	Calle:	Avenida:	
Bloque No.:	Casa No.:	Teléfono de Residencia	No. De Celular
Otras referencias o señas:			
Profesión, ocupación u oficio			

Origen de los Recursos

Actividad Económica Principal:

Ocupación actual: Asalariado ☐ Pensionado: ☐ Ama de casa ☐ Estudiante ☐ Independiente ☐

Si el asegurado es estudiante o ama de casa, favor proporcionar la siguiente información:
Información de la persona de quien depende económicamente

Primer Nombre:	Segundo Nombre:	Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Apellido de Casada:
No. De Identidad:	Actividad Económica que Desarrolla:			Parentesco o Afinidad:

Información Financiera del Asegurado y/o Representante Legal

Especifique su fuente de ingresos: _____

Nivel Aproximado de ingreso según el Salario Mínimo Mensual Vigente (actividad principal):

- De 0 - 3 ☐
- De 4 - 6 ☐
- De 7 - 10 ☐
- De 11 -20 ☐
- De 21 - 50 ☐
- De 50 en adelante ☐

Recibe ingresos diferentes a su actividad principal?

Si ☐ No ☐

Si su respuesta es SI detalle:

Fuente de ingresos: _____

Valor mensual estimado: _____

Realiza transacciones en moneda extranjera?

Si ☐ No ☐

Tipo de moneda: Dólar ☐ Euro ☐ Otra: _____

Datos Laborales

Nombre de la empresa donde labora:	Posición / cargo que desempeña:	Tiempo de laborar en la empresa:
Dirección completa de la empresa donde labora:		

Teléfono del trabajo:	Fax No.:	Correo electrónico:	Sitio Web:
Departamento:	Municipio:	Ciudad:	Colonia / barrio:
Calle:	Bloque:	Avenida:	Edificio:

Específicamente detalle su fuente de ingresos:

Es usted una persona expuesta públicamente (PEP) Sí ☐ No ☐

En caso de que su respuesta sea afirmativa, completar el formulario de identificación y vinculación para personas expuestas políticamente (Nacional y extranjero)

Mantiene pólizas suscritas con esta u otra (s) aseguradora (s)? Si ☐ No ☐ Especifique:

Nombre de la aseguradora: _____

Tipo (s) de seguro (s): _____ Suma (s) Asegurada (s): _____

Datos del beneficiario final

¿Actúa en nombre propio?

Si ☐ No ☐

En caso de que su respuesta sea negativa, especifique el nombre del tercero por el que actúa

Nombre completo	Identidad / RTN	Parentesco	Relación (Marque con X)	
			Financiera	Personal

MEDIO DE TRANSPORTE AÉREO: _____ MARÍTIMO: _____ TERRESTRE: _____

NOMBRE DEL TRANSPORTISTA:

DIRECCIÓN EXACTA:

DATOS DEL VEHÍCULO O MEDIO TRANSPORTADOR DE LOS BIENES:

MARCA:_____ MODELO:_____ COLOR:_____ PLACA: _____

NOMBRE DE LA LÍNEA NAVIERA: _____ NOMBRE DEL BUQUE: _____

TIPO DE BUQUE: _____ EDAD DEL BUQUE: _____ NOMBRE DE LA LÍNEA AÉREA: _____

DATOS DEL CONDUCTOR

NOMBRE COMPLETO:

LICENCIA VIGENTE SI ☐ NO ☐ TIPO DE LICENCIA LIVIANA ☐ PESADA ☐ MOTOCICLETA ☐

RUTAS

LUGAR DE EMBARQUE: LUGAR DE DESEMBARQUE:

TRANSBORDOS: DETALLAR SI LOS HABRÁ

MEDIDAS DE SEGURIDAD

TIPO DE EMBALAJE / EMPAQUE / ENVASE

BIENES POR ASEGURAR (Anexar factura)

DESCRIPCIÓN	MONTO A ASEGURAR
ELECTRODOMESTICOS	
APARATOS ELECTRÓNICOS	
ABARROTERÍAS	
MENAJE DE CASA	
AUTOS	
MAQUINARIA	
OTROS (ESPECIFIQUE)	

RIESGOS CUBIERTOS:	VALOR A ASEGURAR	DEDUCIBLES
Riesgos Ordinarios en tránsito Terrestre		
Riesgos Ordinarios en tránsito Marítimo		
Riesgos Ordinarios en tránsito Aéreo		
Robo y pérdida total		
Robo parcial		
Robo de bulto por entero		
Carga y descarga		
Contacto con otras cargas		
Manchas		
Mermas y derrames		
Bodega a bodega		
Otras (Especifique)		

PRIMA NETA:	IMPUESTOS:	GASTOS:	
PRIMA TOTAL	Pago de contado:		
Forma de Pago:			
Tarjeta de crédito No.	Efectivo:	Cheque No.	Transferencia Bancaria No.
Tarjeta de Débito No.	Depósito a Cuenta		
SINIESTRALIDAD:			SI No

Si su respuesta fue afirmativa, favor especifique causas, fecha del siniestro, tipo de daño, valor indemnizado, tipo de reparación realizada

1) Declaraciones y Autorizaciones del Asegurado o Titular de la Póliza

A) FIRMAS

Certifico que la información brindada en esta solicitud es verídica. Asímismo, comprendo que en caso de no proporcionar la información correcta o si se comprobase que las respuestas no están sujetas a la realidad, las coberturas del seguro contratado se podrían ver afectadas, eximiendo a CREFISA Compañía de Seguros, S. A. de toda obligación de indemnizar.

Asimismo, declaro que cualquier declaración que se compruebe como falsa e inexacta, sea antes o después de la ocurrencia de un eventual siniestro, causaran la nulidad del seguro conforme a las disposiciones contenidas en el Art. del Código de Comercio de Honduras.

Autorizo a CREFISA Compañía de Seguros, S. A. registrar y consultar en las Bases de Datos de las Centrales de Información administradas por la Comisión Nacional de Bancos y Seguros (CNBS), del Sistema Asegurador (CISA) y cualquier otra sea pública o privada.

Queda entendido y convenido que la presente Solicitud - Certificado, Carátula, Condiciones Generales y Anexos (si los hubiere) forman parte integrante del Contrato de Seguro.

Dado en la Ciudad de _____ el _____ de _____ de _____

Firma del Solicitante **(Huella digital si no puede escribir)**	**Firma del Titular de la Póliza** **(Huella digital si no puede escribir)**	**Firma y Sello** **Crefisa Compañía de Seguros, S. A.**

Nombre del Intermediario	**Firma del Intermediario**

Código No._____

Nombre del Oficial de Negocios	**Firma del Oficial de Negocios**

B) Declaración y Origen de Fondos y Aceptación de Cláusula

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 la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla periódicamente.