Ficohsa Seguros

Solicitud de Seguro
Ramo Automóvil

Código: SPN-F.GTA-04

La siguiente solicitud deberá ser completada con letra molde.

PARA USO EXCLUSIVO DE LA COMPAÑÍA	Código de Contratante:	Vinculación:
No. de solicitud:	No. de póliza:	

A. DATOS DEL ASEGURADO

I. Datos Generales del Tomador del Seguro

Persona natural ☐ Persona jurídica ☐

Datos Persona Natural/Representante Legal

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Apellido de casada	Identidad ☐ Carnet de residencia ☐ Pasaporte ☐	No. de documento	Fecha de vencimiento del documento Día Mes Año
RTN contratante natural o representante legal	Lugar de nacimiento	Fecha de nacimiento Día Mes Año	Edad / Sexo M ☐ F ☐
Nacionalidad 1	2	3	
Profesión, ocupación, oficio o actividad económica	Estado civil: Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Unión libre ☐ Viudo ☐		
Nombre de la empresa donde trabaja o nombre del negocio propio	Cargo que desempeña		
Tiempo de laborar	Giro de la empresa		
Con que instituciones financieras posee cuentas:	Origen de los recursos		

Nivel apróximado de ingresos mensuales

L0.00 - L27,000.00 ☐ L27,000.01 - L53,000.00 ☐ L53,000.01 - L89,000.00 ☐ L89,000.01 - L177,000.00 ☐ L177,000.01 - L442,000.00 ☐ Mayor a L 442,000.01 ☐

¿Ejerce o ha ejercido un cargo público nacional o internacional? Si ☐ No ☐	Cargo:	Periodo:	Institucion:

En caso de ser afirmativo completar el SPS-F.CR-01 formulario de identificación y vinculación para personas expuestas políticamente (nacionales y extranjeros) No aplica completar formulario para el Representante Legal.

¿Actua en nombre o representación de otra persona? Si ☐ No ☐ Si la respuesta es Si indicar:

Nombre completo de la persona que representa	Su relación	No. de identidad de la persona que representa

¿Depende económicamente de otra persona? Si ☐ No ☐ Si la respuesta es Si indicar:

Nombre completo de la persona que representa	Su relación	No. de identidad de la persona de la que depende

¿Cliente es APNFD? Si ☐ No ☐

APNFD = Actividades y Profesiones No Financieras Designadas.

Si la respuesta es Si indicar que actividad APNFD realiza:

¿Cliente es Contratista del Estado? Si ☐ No ☐ ¿Cliente es ONG/OSFL? Si ☐ No ☐

ONG = Organismo No Gubernamemtal
OSFL = Organización Sin Fines de Lucro

Datos del Cónyuge

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Nombre de la empresa donde trabaja		Cargo que desempeña	
No. de Teléfono	No. de Celular	Correo electrónico	

Persona Jurídica

Denominación y razón social			
Objeto social y/o actividad económica	RTN / RUC	No. de inscripción del registro mercantil	Fecha de constitución de la empresa — Día / Mes / Año
Departamentos o paises donde opera: 1	2	3	
Origen de los recursos	Monto aproximado del total de activos (Lempiras)		
Venta o ingresos anuales (Lempiras)	¿Pertenece a un grupo económico? Si ☐ No ☐	¿Cuál?	
Referencia bancaria o comerciales: Nombre de la empresa (1) / Teléfono	Nombre de la empresa (2) / Teléfono		
Proveedores principales: Nombre del proveedor (1) / Teléfono	Nombre del proveedor (2) / Teléfono		
¿Cliente es APNFD? Si ☐ No ☐ APNFD = Actividades y Profesiones No Financieras Designadas.	Si la respuesta es Si indicar que actividad APNFD realiza:		
¿Cliente es Contratista del Estado? Si ☐ No ☐	¿Cliente es ONG/OSFL? Si ☐ No ☐ ONG = Organismo No Gubernamental OSFL = Organización Sin Fines de Lucro.	¿Cliente es FINTECH? Si ☐ No ☐	FINTECH= Empresas Financieras con uso de Tecnología

II. Dirección de Residencia del Contratante o Representante Legal Dirección de cobro ☐

País	Departamento	Municipio	Ciudad	
Colonia	Calle	Avenida	Bloque	Casa No.
Detallar dirección				
Teléfono	Celular	Correo electrónico		

III. Dirección de Trabajo del Contratante o de la Empresa Dirección de cobro ☐

País	Departamento	Municipio	Ciudad	
Colonia	Calle	Avenida	Bloque	Casa No.
Detallar dirección				
Teléfono	Celular	Correo electrónico		

IV. 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 Relación Financiera ☐ Personal ☐

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.

B. DATOS PARTICULARES DEL SEGURO DE AUTOMÓVIL

I. Datos del Conductor

Posee licencia Si ☐ No ☐	■ En caso que el conductor o cualquier persona que conduzca el vehículo asegurado no posea licencia de conducir, la compañía quedará relevada de toda responsabilidad por cualquier siniestro sufrido u ocasionado por el mismo.	
No. de licencia	Liviana ☐ Pesada ☐ Motocicleta ☐	El vehículo será conducido por
Menor de 21 años Si ☐ No ☐	Mayor de 75 años Si ☐ No ☐	■ En caso afirmativo, la compañía quedará relevada de todo tipo de responsabilidad por cualquier siniestro sufrido u ocasionado por el vehículo asegurado mientras sea conducido por conductores menores de 21 años o mayores de 75 años; salvo convenio expreso y pago de prima adicional.

II. Características del Vehículo

Marca	Color	Tipo	No. de placa		Modelo
No. de serie o vin	No. de pasajeros	No. de motor	Año	Nuevo ☐ Usado ☐	Uso del automóvil
Tipo de transporte Privado ☐ Público ☐ Ruta ☐	Vehículo con dispensa fiscal: Si ☐ No ☐		Valor dispensado		Valor real del mercado

III. Coberturas, Primas y Deducibles

Moneda: Lempiras ☐ Dólares ☐

Riesgos Cobiertos	Sumas Aseguradas	Deducibles	Coaseguros
A1. Vuelcos accidentales y/o Colisiones			
A2. Pérdida Total			
B.1 Incendio, autoignición y rayo			
B.2 Robo total del Vehículo			
B.3 Huelgas y alborotos populares			
C. Daños causados a terceros en sus bienes			
D. Daños causados a terceros en su persona			
E. Rotura de cristales			
F. Equipo especial			
G. Fenómenos de la naturaleza y explosión			
I. Gastos médicos			
J.1 Muerte accidental			
J.2 Incapacidad total y permanente			
Suma asegurada Total			

Bolsas de aire: Si ☐ No ☐ Porcentaje de Coaseguro: ____ %

Detalle de Prima	
Prima neta	
Autorespaldo (Renta de Vehículo)	
Asistencia funeraria	
Impuestos	
Derechos de emisión	
Prima total	

IV. Descripción del equipo especial

Respuesta:

V. Forma de pago

No. de pagos	Primer pago de	Pagos de

Las declaraciones inexactas y las reticencias del Contratante, relativas a circunstancias tales que el Asegurador no habrían dado su consentimiento o no la habría dado en las mismas condiciones si hubiese conocido el verdadero estado de las cosas, serán causa de anulación del contrato, cuando el contratante haya obrado con dolo o culpa grave. Artículo No. 1141 del Código de Comercio vigente. Asimismo el Tomador del Seguro declara que la información referente a su identificación es verídica y que puede ser 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.

Lugar y fecha:

VI. Firmas

Autorizo a La COMPAÑÍA para que los documentos que acrediten la celebración de la póliza de seguros, 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.

El contratante declara que los recursos utilizados para el pago de las primas y/o de sus obligaciones bajo cualquier causa, son de origen lícito.

Nombre del solicitante	Firma del solicitante	Código y firma del intermediario

Tipo de Empresa	Documento a presentar
Empresas nacionales con fines de lucro	1. RTN de la empresa. 2. Identificación del representante legal. 3. Copia de escritura de constitución y sus reformas debidamente inscritas. 4. Poder general de administración (si aplica).
Empresas extranjeras que operan en Honduras	1. RTN de la empresa. 2. Identificación del representante legal. 3. Permiso de operabilidad debidamente inscrita.
Escuelas públicas	1. RTN de la escuela. 2. Identificación del representante legal. 3. Decreto de creación (publicación en Diario Oficial La Gaceta) 4. Nombramiento del Director.
Iglesias, ONG, Patronatos, y Fundaciones (Instituciones sin fines de lucro)	1. RTN de la ONG. 2. Identificación del representante legal. 3. Personería jurídica y estatutos vigentes, debidamente inscritos, extendida por la Secretaría del Interior, antes llamado Secretaría de Gobernación y Justicia. 4. Certificado de registro vigente de la URSAC. 5. Certificado de Junta Directiva vigente de URSAC. 6. Certificación de registro emitida por la Secretaría del Interior.
Embajadas	1. RTN de la escuela. 2. Identificación del representante legal. 3. Decreto de creación (publicación en Diario Oficial La Gaceta) 4. Nombramiento del Director.
Empresas del estado (ENEE, SANAA, HONDUTEL, SECRETARIAS, ETC)	1. RTN de la empresa. 2. Identificación del representante legal. 3. Decreto de creación (publicación del Diario Oficial La Gaceta). 4. Copia del nombramiento oficial del firmante autorizado. 5. Copia del nombramiento de la junta Directiva de la institución.

Adicional a lo anterior y a excepción de las escuelas públicas e iglesias, se debe solicitar lo siguiente:
Certificación de junta directiva que contenga el nombre completo y No. de identidad de los socios o accionistas de la empresa
(Este documento deberá venir firmado y sellado por el secretario de la junta directiva o utilizar los formatos que proporciona Ficohsa Seguros).

Para futuras ofertas de aseguramiento

Otros bienes potencialmente asegurables: