

SOLICITUD DE SEGURO PARA INCENDIO

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

PARA USO EXCLUSIVO DE MAPFRE					
Cód. de contratante	No. de solicitud	Vinculación	Fecha de emisión	No. de póliza	Cód. Agente de Venta
			Día - Mes - Año		

A. DATOS GENERALES

I. DATOS DEL AGENTE DE SEGURO

Agente		Código del agente	
--------	--	-------------------	--

II. DATOS DEL CONTRATANTE

DATOS PERSONA NATURAL (Para las personas jurídicas serán las del Representante Legal)

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
---------------	----------------	-----------------	------------------

Tipo de identificación	Identidad <input type="checkbox"/>	Pasaporte <input type="checkbox"/>	Carné de residencia <input type="checkbox"/>
------------------------	------------------------------------	------------------------------------	--

No. identificación	RTN	Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento
--------------------	-----	---------------------	---------------------

		Día - Mes - Año	
--	--	-----------------	--

Estado civil	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> UL <input type="checkbox"/>	Género	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>
--------------	--	--------	---

Nacionalidad (es)	Profesión, oficio u ocupación
-------------------	-------------------------------

1	
---	--

2	
---	--

Móvil _ 1		Móvil _ 2	
-----------	--	-----------	--

Correo electrónico _ 1	
------------------------	--

Correo electrónico _ 2	
------------------------	--

Nombre del cónyuge (completo)	
-------------------------------	--

Dirección de residencia del contratante / asegurado

País	Departamento	Municipio	Barrio o colonia
------	--------------	-----------	------------------

--	--	--	--

No. Casa/ lote	Calle(s)	Avenida(s)	Teléfono de la residencia
----------------	----------	------------	---------------------------

--	--	--	--

Detalle el origen de los fondos para contratación del seguro

¿Es comerciante Individual? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Giro del negocio
---	------------------

Nombre del negocio (Si aplica)	
--------------------------------	--

Lugar de trabajo	Área	Cargo que desempeña	Tiempo de laborar
------------------	------	---------------------	-------------------

--	--	--	--

Nivel aproximado de ingreso según el salario mínimo mensual vigente

De 0 - 3 <input type="checkbox"/>	De 4 - 6 <input type="checkbox"/>	De 7 - 10 <input type="checkbox"/>	De 11 - 20 <input type="checkbox"/>	De 21- 50 <input type="checkbox"/>	De 50 en adelante <input type="checkbox"/>
-----------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	--

Ha desempeñado un cargo público en los últimos cuatro (4) años	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
--	---

Detalle el nombre del cargo	
-----------------------------	--

Dirección laboral del contratante / asegurado

País	Departamento	Municipio	Barrio o colonia
------	--------------	-----------	------------------

--	--	--	--

No. Casa/ lote	Calle(s)	Avenida(s)	Teléfono de la empresa
----------------	----------	------------	------------------------

--	--	--	--

Correo electrónico	
--------------------	--

DATOS DE PERSONA JURIDICA			
Razón o Denominación Social			
Nombre Comercial		RTN/RUC	Fecha de Constitución
		Día - Mes - Año	
Número de registro de la escritura	Pertenece su empresa a un grupo Financiero o Económico Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
		¿Cuál?	
Tipo de Empresa			
Según la composición de capital	Pública <input type="checkbox"/>	Privada <input type="checkbox"/>	Mixta <input type="checkbox"/>
Según la actividad económica	Industrial <input type="checkbox"/>	Comercial <input type="checkbox"/>	Transporte <input type="checkbox"/>
	Construcción <input type="checkbox"/>	Agrícola <input type="checkbox"/>	Civil <input type="checkbox"/>
	Servicio Financieros <input type="checkbox"/>		
Según la forma jurídica	APNFD <input type="checkbox"/>	Empresas Nacionales con fines de lucro <input type="checkbox"/>	Empresas extranjeras que operan en Honduras <input type="checkbox"/>
	Escuelas Públicas <input type="checkbox"/>	Instituciones sin Fines de Lucro <input type="checkbox"/>	Cooperativas <input type="checkbox"/>
	Embajadas <input type="checkbox"/>	Empresas del Estado <input type="checkbox"/>	
Departamento y/o países en que opera			
Dirección de la oficina principal de la persona jurídica			
País	Departamento	Municipio	Barrio o colonia
No. Casa/ lote	Calle(s)	Avenida(s)	Teléfono de la empresa
Correo electrónico			
III. VIGENCIA DE LA PÓLIZA			
Desde	Día - Mes- Año	al medio día	Hasta
			Día - Mes - Año al medio día
IV. MONEDA			
Moneda en que se emitirá la póliza:	Lempiras <input type="checkbox"/>	Dólares estadounidenses <input type="checkbox"/>	
V. INFORMACIÓN DE CESIONARIO			
El seguro derivado de esta solicitud, será cesionado? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
A Favor de _____		Hasta por _____	
VI. INFORMACIÓN DE OTROS SEGUROS			
¿Tiene otros seguros con la compañía?		¿Qué tipo de seguro?	
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
¿Con cuál otra compañía tiene o tenía seguros?		¿Qué tipo de seguro?	
VII. ENTREGA DE CORRESPONDENCIA			
Dirección de residencia del contratante / asegurado <input type="checkbox"/>	Dirección laboral del contratante / asegurado <input type="checkbox"/>	Dirección de la oficina principal de la persona jurídica <input type="checkbox"/>	Correo electrónico <input type="checkbox"/>

B. DATOS DEL RIESGO			
Bienes y Montos por Asegurar	Si	No	Suma asegurada
Edificio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Muro perimetral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mejoras al local	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Existencias de mercaderías	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Maquinaria, equipos y herramientas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mobiliario y equipo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mobiliario particular, menaje de casa y efectos personales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Materias primas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Productos en proceso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Productos terminados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bienes propiedad de terceros bajo la custodia del asegurado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Interrupción de Negocios (indicar valores)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Pérdida de utilidades			
<input type="checkbox"/> Gastos fijos			
<input type="checkbox"/> Sueldos y salarios			
Periodo de indemnización (meses)			
Pérdida de alquileres, periodo de indemnización (Meses)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Renta, periodo de indemnización (Meses)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Remoción de escombros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Otros (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
TOTAL SUMA ASEGURADA			
Riesgos Cubiertos			
	Si	No	
Incendio y/o rayo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Explosión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Huelgas y/o alborotos populares y daño malicioso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Terremoto, temblor y/o erupción volcánica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Caída de naves aéreas, objetos caídos de las mismas y/o colisiones de vehículos terrestres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Huracán, tifón, tornado, ciclón, vientos tempestuosos y/o granizo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Inundación y/o maremoto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿A nombre de quién debe emitirse la póliza?			
¿Por qué desea asegurar sus bienes?			
Dueño del edificio que contiene los bienes por asegurar			
Ocupación o giro del negocio			
Dueño de los bienes por asegurar			
Ubicación de los bienes por asegurar			
País	Ciudad	Departamento	Municipio
Barrio o Colonia	No. Casa/ Lote	Calle(s)	Avenida(s)
Descripción del edificio			
Tipo de material de las paredes			
Tipo de material de los techos			
Tipo de material de los entrepisos			
Número de pisos			
Tipo de material del muro perimetral			
Electricidad entubada	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	En tubo / Canal metálico Si <input type="checkbox"/>
			No <input type="checkbox"/>
Protección y seguridad			
	Si	No	
a.Detectores de humo e incendio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b.Rociadores automáticos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c.Extintores de gas carbónico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d.Extintores de agua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e.Extintores de polvo químico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

f.Rondas de guardia de seguridad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.Acceso restringido al plantel (ubicación de los bienes por asegurados)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h.Existen rótulos de prohibido fumar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elaborar croquis de la ubicación de los bienes por asegurar		
Describe la ocupación y construcción exterior de las paredes y techos de cada uno de los colindantes		
a.Al norte		
b.Al sur		
c.Al este		
d.Al oeste		
¿Existen otros seguros sobre los mismos bienes?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
En caso afirmativo indicar número de póliza		
¿Por qué cantidad?		
¿En qué compañía?		
Los bienes por asegurar han sufrido daños a casusa de los riesgos nombrados en la hoja anterior	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
en caso afirmativo Describe las causa (s) y fecha (s)		
Se depositan sustancias inflamables dentro del edificio	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Cuenta con estados financieros auditados y actualizados?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
*en caso afirmativo proporcionar copia de los mismos. a esta solicitud		

I. PRIMAS	
Prima Comercial	
Otros recargos	
Subtotal prima	
Gastos de Emisión	
Impuesto	
Prima Anual Total de Seguro	
II. FORMA DE PAGO DE PRIMA	
Contado <input type="checkbox"/>	Pago fraccionado <input type="checkbox"/>
No. Pagos _____ Primer pago de _____ Pagos de _____	
No obstante a la forma de pago arriba descrita de la prima anual total de seguro, la compañía se reserva el derecho de exigir al asegurado el pago del saldo pendiente al ocurrir un siniestro total o parcial.	

C. DECLARACIÓN Y ACEPTACIÓN DE CONDICIONES

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. Este formulario únicamente constituye una solicitud de seguros y no representa garantía de que la misma será aceptada por MAPFRE; ni que la misma, en todo caso, será aceptada en los mismos términos solicitados.
3. La información que he suministrado en esta solicitud es veraz y verificable y puede ser confirmada en cualquier momento por esta compañía.
4. Toda la información anterior, ha sido escrita o dictada por mi, de acuerdo con mi leal saber y entender, y que la misma es la base para que MAPFRE emita la cobertura de seguro solicitado. Así mismo, libero a MAPFRE de toda responsabilidad sobre la cobertura otorgada, en caso de omisiones o declaraciones falsas o inexactas sobre hechos conocidos por mi, que de haber sido debidamente conocidos por MAPFRE hubieran podido influir de modo determinante para que la cobertura solicitada no se suscribiera, o se hubiera suscrito en condiciones distintas.
5. Queda debidamente entendido y aceptado por parte de MAPFRE que el uso de la información obtenida con motivo de esta autorización, esta circunscrito estrictamente al proceso de análisis para suscribir o denegar la cobertura solicitada, y el trámite posterior de reclamaciones de derecho si la misma fuera otorgada; por tanto, únicamente podrá ser recopilada, consultada y utilizada por suscriptores de riesgo o analistas de reclamos de MAPFRE, en razón de su naturaleza, MAPFRE deberá garantizar la debida custodia, confidencialidad absoluta y el buen uso de esta información.
6. Acepto el hecho que, de demostrarse falso testimonio en la información aquí presentada, MAPFRE Seguros Honduras, S.A. 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 para MAPFRE frente al asegurado.
7. Manifiesto que he leído toda la solicitud y las condiciones generales de la póliza a través de mi agente de seguros, las cuales formarán parte integral del contrato y que he tomado conocimiento de mi derecho a decidir sobre la contratación del seguro y a la libre elección de la institución aseguradora y estoy de acuerdo con ella.

D. FIRMAS

Firmado en la ciudad de _____, a los _____ día(s) del mes de _____ del año _____

Firma del contratante

Firma del agente