

SOLICITUD SEGURO DE TRANSPORTES

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

PARA USO EXCLUSIVO DE MAPFRE				
Código de contratante	Número de solicitud	Vinculación	Fecha de emisión	Número de póliza
			Día - Mes - Año	
A. DATOS GENERALES				
I. DATOS DEL AGENTE DE SEGURO				
Agente		Código del agente		
II. DATOS DEL CONTRATANTE / ASEGURADO				
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	S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> UL <input type="checkbox"/>	Género	Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	
Nacionalidad (es)		Profesión, oficio u ocupación		
1				
2				
Nombre del cónyuge (completo)				
Móvil		Móvil _ 2		
Correo electrónico				
Correo electrónico _ 2				
Lugar de trabajo	Área	Cargo que desempeña	Fecha de ingreso	
			Día - Mes - Año	
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 - 22 <input type="checkbox"/> De 22- 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"/>	
Dirección de residencia del contratante / Asegurado				
País	Departamento	Municipio	Barrio o colonia	
No. Casa/ lote	Calle(s)	Avenida(s)	Teléfono de la residencia	
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	
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 <input type="checkbox"/>		
V. INFORMACIÓN DE OTROS SEGUROS					
¿Tiene otros seguros con la compañía? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		¿Qué tipo de seguro?			
¿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. PAGO DE INDEMNIZACIÓN					
En caso de pago por reclamación amparada por el contrato de seguro, sírvase completar la siguiente información:					
Institución Financiera		Tipo de Cuenta	Cheque <input type="checkbox"/>	Ahorro <input type="checkbox"/>	
Número de Cuenta					
Cualquier beneficio que corresponde a un menor de edad, se entregará a					
Nombre completo			Identidad		
C. DATOS DEL RIESGO					
Tipo de póliza	Específica <input type="checkbox"/>	Declarativa <input type="checkbox"/>	Declarativa mensual <input type="checkbox"/>		
Tipo de transporte					
Descripción de bienes asegurados					
Tipo de embarque					
Proveedor					
Origen					
Destino					
Medio de transporte	Marítimo <input type="checkbox"/>	Terrestre <input type="checkbox"/>	Aéreo <input type="checkbox"/>		
Vehículos transportistas	Propios <input type="checkbox"/>	Subarrendado <input type="checkbox"/>			
Si se utiliza combinado, especificar qué porcentaje(%) corresponde a cada uno					
Especifique el nombre del (los) transportista(s)					

Documentos del embarque

- Conocimiento de embarque
- Número de bultos
- Número de contenedores
- Factura pro forma
- Otros

Especificar las medidas de seguridad

Consignado a

Dirección consignatario

Nombre del beneficiario

Valuación del (los) embarque(s) asegurado(s):

Límite máximo por embarque

Moneda

Estimación mensual de embarques

Monto

Estimación anual de embarques

Monto

Importación %

Exportación %

Filiales

%

Distribución nacional

Otros

%

Coberturas requeridas**Deducibles****Proporcionar detalle respecto a siniestros recientes (últimos 3 años)**

Fecha del evento

Monto (incluido deducibles)

Causa del siniestro

Observaciones

II.COBERTURAS, PRIMAS Y DEDUCCIONES

Prima Comercial

Otros recargos

Subtotal prima

Gastos de Emisión

Impuesto

Prima Anual Total de Seguro**III.FORMA DE PAGO DE PRIMA**Contado Pago fraccionado

No. Pagos _____ Primer pago de _____ Pagos de _____

D. 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 a 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, las condiciones generales de la póliza las cuales forman parte integral del contrato, y 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.

E. FIRMAS

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

Firma del contratante

Firma del agente

F.DOCUMENTOS ADJUNTOS A LA SOLICITUD**a.Documentos de Persona Natural**

*Copia de Identidad
*Copia del RTN
Copia de Carné de Residencia o Pasaporte Extranjero
Copia de la Declaración del Comerciante Individual
Formato Política Conoce a tu cliente a Personas Expuestas Políticamente
Inscripción en registro APNFD

b.Documentos de Persona Jurídica

*Copia de Identidad del Representante Legal
*Copia del RTN del Representante Legal
*Copia del Poder de Administración del Representante Legal
*Copia del RTN de la Empresa
Formato Política Conoce a tu Cliente a Personas Expuestas Políticamente
Formato del Detalle Beneficiario Finales de Persona Jurídicas/Composición Accionaria
Certificación de junta directiva que contenga el nombre completo (este documento deberá venir firmado y sellado por el secretario de la junta directiva)
Inscripción en registro APNFD

b.1 Documentos adicionales de Persona Jurídica

1.- Empresas nacionales con fines de Lucro	*Permiso de Operación debidamente inscritas
	*Copia de Escritura de Constitución y sus Reformas Debidamente Inscritas
2.-Empresas extranjeras que operan en Honduras	*Permiso de Operación debidamente inscritas
	*Copia de Escritura de Constitución y sus Reformas Debidamente Inscritas
3.-Escuelas públicas	*Decreto de Creación (Publicación del diario oficial La Gaceta)
4.-Asociaciones, Clubes, Patronatos e Iglesias (Instituciones sin Fines de Lucro)	*Personaría jurídica y estatus vigentes debidamente inscritos, extendidos por la Secretaria del Interior.
	*Certificación del Punto de Acta de la elección y Copia autenticada de constancia de Inscripción en la URSAC.
	*Certificación de registro emitida por la Secretaría del Interior
5.- Cooperativas	*Copia Autenticada de Constancia de Inscripción URSAC
	*Copia de la Certificación aprobada por el Consejo Nacional Superior de Cooperativas CONSUCOOP antes IHDECOOP
6.- Embajadas	*Nombramiento del Embajador
	*Copia de acuerdo de existencia de la embajada (entre ambos gobiernos)
7.- Empresas del Estado (ENEE, SANAA, HONDUTEL, SECRETARIAS, ETC)	*Decreto de Creación (Publicación del diario oficial La Gaceta)

c. Documentos del riesgo por asegurar

*Solicitud completamente llena (sin manchones, ni borrones)
*Cotización de seguro firmada por el Asegurado, oficial de negocio e intermediario
*Copia del recibo de pago de prima equivalente al 25%
*Copia de Factura y/o de bienes a transportar
*Copia de carta porte o conocimiento de embarque
Copia póliza de importación