

SOLICITUD SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL

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 ASEGURADO				
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 empresa	
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"/>
VII. DATOS DE ADMINISTRADOR DE PÓLIZA			
Nombre completo			
Cargo desempeñado	Teléfono	Móvil	
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			
Descripción exacta de la(s) actividad(es) o giro del asegurado			
Descripción de la cobertura solicitada			
¿Requiere cobertura de responsabilidad civil construcción?		Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Requiere cobertura de responsabilidad civil cruzada?		Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
** Proporcionar copia del contrato, cronograma, plan de Inversión (presupuesto), estudio de suelo			
En caso de haber contestado afirmativamente la pregunta anterior, completar el siguiente cuadro			

Nombre subcontratistas		Actividad a desarrollar		Experiencia	
Límites de responsabilidad (suma asegurada / indicar el tipo de moneda)				Monto	
Límite único combinado por evento y en el agregado anual					
Daños a terceros en sus personas		Por persona			
		Por accidente			
Daños a terceros en sus bienes		Por accidente			
Monto total de indemnización					
Información técnica del asegurado			Año		Monto
Ingresos reales percibidos del periodo anterior					
Ingresos estimados para el periodo actual					
Ingresos estimados para el próximo periodo					
Número de empleados				Salarios pagados anualmente	
Años de construcción		Área (mts ²)		Número de niveles	
Colindantes					
Descripción de rótulos					
Material			Dimensiones		Años
Proporcionar de siniestros (últimos 5 años)					
Fecha del evento			Monto indemnizado		Causa del siniestro
Medidas de protección seguridad					
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 <input type="checkbox"/>		Pago fraccionado <input type="checkbox"/>			
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 mí 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 mí, 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 íntegra 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 generales del riesgo por asegurar	c.1 Documentos específicos del riesgo por asegurar
*Solicitud completamente llena (sin manchones, ni borrones)	*Copia del contrato
*Cotización de seguro firmada por el Asegurado, oficial de negocio e intermediario	
*Copia del recibo de pago de prima equivalente al 25%	
*Informe de Inspección	