



La solicitud deberá ser llenada de forma electrónica o con letra de molde, sin tachaduras, borrones, manchones, ni omisión de información.

A. DATOS GENERALES
I. DATOS DEL AGENTE DE SEGURO

Nombre del 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

Fecha de nacimiento	Día Mes Año	Tipo de identificación	DNI <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Carné <input type="checkbox"/>
---------------------	-------------	------------------------	--

Lugar de nacimiento	No. de identificación	
---------------------	-----------------------	--

Nacionalidad	RTN	
--------------	-----	--

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

Género	Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	Oficio / actividad económica
--------	--	------------------------------

No. celular	Ocupación	
-------------	-----------	--

Email personal	
----------------	--

Nombre completo del cónyuge	
-----------------------------	--

Dirección completa del contratante	
------------------------------------	--

	País		Departamento	
--	------	--	--------------	--

Municipio		Ciudad		Teléfono	
-----------	--	--------	--	----------	--

¿Depende económicamente de otra persona?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
--	---

En caso de ser afirmativo, indique el nombre, su relación e identidad:	
--	--

--	--

Describa el origen de los fondos para contratación del seguro:	
--	--

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

Nombre del negocio (si aplica)	
--------------------------------	--

Nombre de empresa donde labora	
--------------------------------	--

Tiempo de laborar		Cargo que desempeña	
-------------------	--	---------------------	--

Teléfono de la empresa		Email laboral	
------------------------	--	---------------	--

Dirección de la empresa donde labora:	
---------------------------------------	--

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	
-----------------------------	--

DATOS DE PERSONA JURÍDICA

Denominación y Razón Social	
-----------------------------	--

Nombre Comercial	RTN/RUC	Fecha de Constitución	No. 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"/>
		Servicios financieros <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>	
APNFD (Actividad y Profesiones No Financieras Designadas)		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"/>	Otras: <input type="checkbox"/>
Según la forma jurídica		Empresas nacionales con fines de lucro <input type="checkbox"/>	Empresas extranjeras que operan en Honduras <input type="checkbox"/>	
Departamento y/o países en que opera				
Dirección de la oficina principal de la persona jurídica				
		País	Departamento	
Municipio		Ciudad		
Teléfono de la empresa				
III. MONEDA				
Moneda en que se emitirá la póliza:		Lempiras <input type="checkbox"/>	Dólares <input type="checkbox"/>	
IV. INFORMACIÓN DE CESIONARIO				
A Favor de _____		Hasta por _____		
B. DATOS DEL RIESGO				
Descripción del vehículo por asegurar				
Tipo de póliza	Individual <input type="checkbox"/>	Colectiva <input type="checkbox"/>	Unidades a asegurar	
Marca de fábrica	Modelo	Tipo	Año	Color
Uso del vehículo (*especifique)		Individual <input type="checkbox"/>	Colectiva <input type="checkbox"/>	* _____
No. de motor		No. de serie		
No. cilindros		Toneladas	Placa No.	
Capacidad/Ocupantes		Tipo de combustible	Diesel <input type="checkbox"/> Gasolina <input type="checkbox"/> Híbrido <input type="checkbox"/> Eléctrico <input type="checkbox"/>	
Fecha de compra	Día Mes Año	Forma de adquisición	Agencia <input type="checkbox"/> Importado <input type="checkbox"/>	
Valor del vehículo		Estado de compra	Nuevo <input type="checkbox"/> Usado <input type="checkbox"/>	
Estado de título de propiedad (importado) <input type="checkbox"/> Salvage <input type="checkbox"/> Destruction <input type="checkbox"/> Damage <input type="checkbox"/> Flood <input type="checkbox"/> Limpio <input type="checkbox"/>				
Accesorios (equipo especial)				
Deducibles y Sumas Aseguradas				
Descripción	Deducible por accidente	Límite por persona	Suma asegurada	
Responsabilidad civil por hechos derivados de la circulación				
RC terceros básica				
Daños materiales				
Daños personales				

Descripción	Deducible y coaseguro por accidente	Límite por persona	Suma asegurada
RC terceros voluntaria			
Daños materiales			
Daños personales			
Accidentes personales conductor y ocupantes			
Accidentes personales conductor			
Daños personales			
Gastos médicos			
Accidentes personales ocupantes			
Daños personales			
Gastos médicos			
Daños propios			
Daños			
Daños materiales total			
Daños materiales parcial			
Accesorios (equipo especial)			
Robo			
Daños materiales total			
Daños materiales parcial (a causa de robo total)			
Incendio			
Daños materiales total			
Daños materiales parcial			
Cristales			
Daños materiales			
Fenómenos atmosféricos			
Daños materiales total			
Daños materiales parcial			
Riesgos extraordinarios			
Daños materiales total			
Daños personales parcial			
Actos vandálicos / desórdenes públicos			
Daños materiales total			
Daños personales parcial			
Asistencia en viaje			
Asistencia en viaje			
C. BENEFICIARIOS			
Nombre	No. de identidad	Parentesco	% de designación

D. PRIMAS		E. FORMA DE PAGO DE PRIMA	
Prima comercial		Contado <input type="checkbox"/>	Pago fraccionado <input type="checkbox"/>
Otros recargos		No. de pagos	
Subtotal prima		Medios de pago	 Depósito bancario <input type="checkbox"/>
Gastos de emisión			 Débito automático <input type="checkbox"/>
Impuesto sobre ventas			 Intra/extrafinanciamiento <input type="checkbox"/>
Prima anual total de seguro			 Link de pago <input type="checkbox"/>
La compañía se reserva el derecho de exigir al asegurado el pago del saldo pendiente al ocurrir un siniestro total o parcial independientemente de la forma de pago arriba descrita de la prima anual total de seguro.			
¿Esta exonerado del pago de impuesto sobre ventas? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
F. SINIESTROS Y RECLAMACIONES			
No. de cuenta a acreditar en caso de siniestro		Ahorro <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/>	
Institución bancaria			
G. DECLARACIÓN Y ACEPTACIÓN DE CONDICIONES			
Declaro expresamente que:			
1. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita, y la ejerzo dentro del marco legal, 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 seguro y no representa garantía que la misma será aceptada por MAPFRE, ni que la misma, en todo caso, será aceptada en los 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 persona, de acuerdo con mi leal saber y entender, que la misma es la base para que MAPFRE emita la cobertura de seguro solicitada. Asimismo, libero a MAPFRE de toda responsabilidad sobre la cobertura otorgada, en caso de omisiones o declaraciones falsas o inexactas sobre hechos conocidos por mi persona, 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 en esta solicitud de seguro esta circunscrita 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 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 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 esta solicitud de seguro y las condiciones generales plasmadas en la misma, las cuales formarán parte íntegra del contrato de seguro, y que he tomado conocimiento de mi derecho a decidir sobre la contratación de este seguro, y a la libre elección de la institución aseguradora.			

8. Acepto recibir de forma electrónica al correo personal especificado en esta solicitud de seguro, la póliza, sus modificaciones (si las hubiere) y cualquier otra correspondencia que se derive de este contrato de seguro con MAPFRE.

9. La vigencia del presente seguro será a partir de la aceptación por parte de la compañía.

H. FIRMAS

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

Firma del contratante

Firma del agente

"Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No.11/21-02-2022 del 21 de febrero de 2022 y modificado según Resolución Registro POL GPU No.7/18-02-2025 del 18 de febrero de 2025"