

SOLICITUD DE VEHICULO

A) DATOS DEL ASEGURADO O REPRESENTANTE LEGAL

Nombre Completo (según Identificación)				
Lugar de Nacimiento		Fecha de Nacimiento		Sexo
		Día	Mes	Año
		M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>		Nacionalidad 1
				Nacionalidad 2
Número de Identificación		Tipo de Identificación		
		Tarjeta de Identidad <input type="radio"/> Pasaporte <input type="radio"/> Carnet de Residente <input type="radio"/>		
Correo electrónico		Estado Civil		Nombre del conyuge (si aplica)
Dirección completa de residencia actual				Municipio actual
				Departamento actual
				Teléfono de residencia
				Número de celular
Profesión,oficio o actividad económica		Nombre de la empresa donde labora		Posición o cargo que desempeña
Tiempo de laborar en la empresa		Nombre del negocio (si es propietario)		Giro o actividad economica del Negocio (si aplica)
Dirección completa de la empresa (calle, avenida, N° local, zona, referencias)			Direccion completa del negocio (si aplica)	
Municipio _____		Departamento _____		
Giro o actividad económica de la empresa		Teléfono de la empresa		Correo electrónico empresarial
A que se dedica <input type="radio"/> Asalariado <input type="radio"/> Independiente <input type="radio"/> Rentista <input type="radio"/> Si es estudiante indique el nombre de la persona de quien depende económicamente _____				
Socio <input type="radio"/> Pensionado <input type="radio"/> Jubilado <input type="radio"/> Estudiante <input type="radio"/> Otros <input type="radio"/> Especifique _____				
Cuantos salarios mínimos representa su ingreso mensual?		¿Recibe ingresos diferentes a su actividad económica ? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>		¿Realiza transacciones en moneda extranjera?
De 0 - 3 <input type="radio"/>		De 4 - 6 <input type="radio"/>		SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
De 7 - 10 <input type="radio"/>		De 11 - 20 <input type="radio"/>		Tipo de moneda:
De 21 - 50 <input type="radio"/>		De 50 en adelante <input type="radio"/>		Dólar <input type="radio"/> Euro <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/>
		Fuente de ingresos: _____		
		Valor mensual estimado: _____		

B) DATOS DE PERSONA JURIDICA

Razón o Denominación Social		Nombre Comercial		Número de RTN
Dirección completa de la empresa			Municipio	Departamento
Teléfono de la empresa	Sitio Web	Especifique la procedencia de sus fondos		Registro: Asiento <input type="radio"/> Tomo <input type="radio"/> Matricula <input type="radio"/>
				Número:
Giro o actividad económica de la empresa		País de Constitución		Tiene sucursales? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
				Donde? _____

INFORMACION FINANCIERA (marque con una X los valores que correspondan)

Rango de Ingresos y Egresos	Total ingresos anuales	Total egresos anuales	Rango de Activos y Pasivos	Total Activos	Total Pasivos	Detalle el nombre de 2 proveedores principales de la empresa
No tiene			No tiene			1
Menos de L. 20,000.00			Menos de L. 500,000.00			2
L.20,000.00 a L. 50,000.00			L.500,000.01 a L. 1 millón			
L.50,000.01 a L. 100,000.00			L.1,000,000.01 a L. 5 millones			
L.100,000.01 a L. 500,000.00			L.5,000,000.01 a L.10 millones			Detalle 2 referencias bancarias o comerciales:
L.500,000.01 a L. 1 millón			10,000,000.01 a L.25 millones			1
L. 1,000,000.01 a 10 millones			25,000,000.01 a L.50 millones			2
L.10,000,000.00 a 50 millones			50,000,000.01 a L.100 millones			
Mas de 50 millones			Más de 100 millones			

ESTRUCTURA ACCIONARIA DE LA EMPRESA

Describa nombre de los accionistas	No. de identificación	Porcentaje de participacion	Nacionalidad	ES UN PEP SI/NO
1.-				
2.-				
3.-				
4.-				
5.-				
6.-				

1. En caso de ser SI, el socio debe completar el Formulario de Identificación y Vinculación para personas Expuestas Políticamente (PEP) (Nacionales y Extranjeros)

2. Si entre los accionistas hay otra empresa llenar certificación accionaria.

C) FATCA

Tributa para el Gobierno de EUA? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Numero de Identificación Tributario (TIN)/Numero de Seguro Social (SSN) (si aplica)
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

D) PERSONAS EXPUESTA POLITICAMENTE (PEP)

Ha desempeñado algun cargo público en los últimos 4 años? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Cargo:	Institución:
En caso positivo llenar el formato Adicional de Información (PEP)		

ESPECIFICACIONES DE LOS MONTOS Y RIESGOS que el suscrito solicita queden amparados por el seguro aquí solicitado de acuerdo con la redacción de las cláusulas respectivas que aparecen impresas en la póliza bajo el título "ESPECIFICACION DE RIESGOS" bajo el título "ESPECIFICACION DE RIESGOS"

COBERTURAS	UNA PERSONA	SUMA ASEGURADA	PRIMA
(A) Colisiones y Vuelcos Accidentales			
(B1) Incendio, autoignición y Rayo;			
(B2) Robo del Vehículo			
(B3) Huelgas y alborotos populares			
(C) Daños causados a terceros en sus Bienes y a sus personas			
(D) Atropello a personas:			
(E) Rotura de cristales			
(F) Equipo Especial			
(G) Desbordamiento de ríos, derrumbes, ciclón, huracán y otros			
(H) Extensión Territorial			
(I) Gastos medicos			
(J) Cobertura Seguro de Ocupantes Muerte Accidental, Incapacidad Permanente			

E) SUMA ASEGURADA, VIGENCIA Y BENEFICIARIO

SUMA MAXIMA QUE CUBRIRA EL SEGURO: L. _____ PRIMA NETA: L. _____

VIGENCIA: DESDE: _____ HASTA: _____

BENEFICIARIO DEL SEGURO : _____ MONTO : _____

F) DESCRIPCIÓN DEL VEHÍCULO

MARCA	COLOR
MODELO	SERIE "VIN"
TIPO	MOTOR
AÑO	PLACA

G) TÉRMINOS DE SU ADQUISICIÓN

Fecha y estado en que lo adquirió			Costo Efectivo al Asegurado	Forma de Adquisición	Cantidad que aun Adeuda
Año	Mes	Nuevo <input type="radio"/>		Contado <input type="radio"/>	
		Usado <input type="radio"/>		Credito <input type="radio"/>	

Uso del Vehículo Particular generalmente se guardará en garaje Si Ubicado en _____
 Comercial No

¿Ha tenido usted o tiene actualmente asegurado otro vehículo? En caso afirmativo, Expresé el nombre del Asegurador. _____

A) Ha rehusado aceptar cualquier solicitud que usted haya sometido _____ B) Ha cancelado su Póliza o se ha negado a renovarla _____

¿Tiene usted chofer? En caso afirmativo, dé su nombre y No. de licencia _____

¿Tiene usted o la persona que pudiere manejar el vehiculo algún defecto físico? En caso afirmativo detalle _____

H) SEGURO DE OCUPANTES

VIGENCIA: _____ NUMERO DE POLIZA: _____

SUMA ASEGURADA POR OCUPANTES MUERTE E INCAPACIDAD: _____

GASTOS MEDICOS: _____

I) DECLARACIONES DEL SOLICITANTE

Declaro que toda las contestaciones anteriores son exactas, han sido escritas y/o dictadas por mí, personalmente y son completas y verídicas y acepto que sean consideradas como base para la contratación del seguro y/o fianza que solicito, por lo cual, autorizo a Seguros Continental a consultar y reportar, en cualquier tiempo, en las centrales de riesgos públicas o privadas toda la información relevante para conocer mi desempeño como deudor, capacidad de pago y valorar el riesgo futuro de concederme un crédito. Asimismo declaro que he sido enterado y acepto las Condiciones Generales antes descritas, misma que figuran en la póliza y/ fianza solicitada.

Origen de fondos y aceptación de clausula. 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. La información que he suministrado en este formato es veraz y verificable y me obligo actualizarla cuando la institución lo solicite; 3. Acepto el hecho que de demostrarse falso testimonio en la información aquí presentada, Seguros Continental SA 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 de la Aseguradora frente al asegurado, 4. Estatus Residencial. En caso de ocurrir algún cambio en mi estatus de país de residencia o ciudadanía me comprometo a notificarlo a la aseguradora.

J) AUTORIZACION DE ACCESO A LA CENTRAL DE RIESGOS DE LA COMISION NACIONAL DE BANCOS Y SEGUROS Y OTRAS BASES DE DATOS DE EVALUACION CREDITICIA

Por medio de la presente autorizo a SEGUROS CONTINENTAL, S.A. (SEGCON) acceder a la Central de Riesgo de la Comisión Nacional de Bancos y Seguros y otras bases de datos de evaluación crediticia, con el fin de consultar datos de las obligaciones que mi persona pueda tener en el sistema financiero así como mi record crediticio y reputacional.

LUGAR Y FECHA _____

FIRMA DEL CLIENTE _____

FIRMA Y NO.DE AGENTE _____

K) PARA USO EXCLUSIVO DEL CANAL DE VENTA

CANAL DE VENTA: INSTITUCION FINANCIERA NEGOCIOS SEGCON CORREDURIA LICITACION OTROS (especifique): _____

Nombre del asesor y/o correduría que entrevistó	Fecha de entrevista	Fecha entrega área técnica	Firma del entrevistador	Firma Supervisor
---	---------------------	----------------------------	-------------------------	------------------

Observaciones: _____

L) PARA USO EXCLUSIVO DE LA ASEGURADORA

No° de póliza	Certificado #	Suma Asegurada	Prima Anual	Nombre, firma y sello del oficial que recibe.