

## SOLICITUD SEGURO DE CASCO MARITIMO

### 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
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)				Dirección 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 ?		¿Realiza transacciones en moneda extranjera?
De 0 - 3 <input type="radio"/> De 4 - 6 <input type="radio"/>		SI <input type="radio"/>		
De 7 - 10 <input type="radio"/> De 11 - 20 <input type="radio"/>		Si su respuesta es SI detalle:		Tipo de moneda:
De 21 - 50 <input type="radio"/> De 50 en adelante <input type="radio"/>		Fuente de ingresos: _____		Dólar <input type="radio"/> Euro <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/>
		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			
L.10,000,000.00 a 50 millones			50,000,000.01 a L.100 millones			2
Mas de 50 millones			Más de 100 millones			

### ESTRUCTURA ACCIONARIA DE LA EMPRESA

Describa nombre de los accionistas y % de participación:	No. de identificación	Si entre los accionistas de la empresa hay otra empresa describa sus accionistas y % de participación:
1.-		1.-
2.-		2.-
3.-		3.-
4.-		4.-
5.-		5.-
6.-		6.-

### 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)
	____ - ____ - _____

### 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)

### E) CARACTERISTICAS DE LA EMBARCACIÓN ASEGURADA

Nombre del Buque (Actual) _____	Anterior _____
Características _____	
Lugar de construcción _____	
Fecha de construcción _____	Material de Construcción _____

Eslora \_\_\_\_\_ Manga \_\_\_\_\_ Puntal \_\_\_\_\_ Caldao \_\_\_\_\_

Tonelaje Registro Bruto (T.R.B.) \_\_\_\_\_ Tonelaje Rebruto Neta (T.R.N.) \_\_\_\_\_

Capacidad de CARGA (D.W.T.) \_\_\_\_\_ Tipo de motor propulsores, potencia, combustible \_\_\_\_\_

Equipo de carga (si es aplicable) \_\_\_\_\_

Equipo auxiliar de navegación \_\_\_\_\_ Tipo de embarcación \_\_\_\_\_

Uso principal (Oceánico, Cabotaje, Pesquería, Servicio Portuario, Servicio de Placer) \_\_\_\_\_

Valor Comercial \_\_\_\_\_

Para buques pequeños: Valor de panga y lanchas \_\_\_\_\_ Valor de redes \_\_\_\_\_

Para embarcaciones de placer: No. de tripulantes \_\_\_\_\_ No. de pasajeros \_\_\_\_\_

Puerto de registro de bandera \_\_\_\_\_ Tipo de Operación a que se dedicara \_\_\_\_\_

Area de operación (Latitud y Longitud) \_\_\_\_\_

Ruta \_\_\_\_\_

Tripulación-Licencias \_\_\_\_\_ Casa clasificadora y Registro que tiene el buque \_\_\_\_\_

Última inspección en dique seco \_\_\_\_\_

Si en buque clasificado, No. de inspección especial cumplido \_\_\_\_\_

### F) BENEFICIARIO COMO ACREEDOR HIPOTECARIO O PRENDARIO

Razón Social o Mercantil \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

Motivo de la cesion \_\_\_\_\_ Hasta la suma \_\_\_\_\_

### G) COBERTURAS

En su navegación

A. Pérdida total implícita \_\_\_\_\_ b. Avería Particular \_\_\_\_\_

### H) COBERTURAS ADICIONALES (Sujeto al pago de extra prima)

A. Extensión de Avería Particular SI  NO

B. Responsabilidad Civil del Asegurado por Abordaje SI  NO

C. Responsabilidad Civil ante Terceros, derivadas del ejercicio de navegación( P I) SI  NO

### I) VIGENCIA DEL SEGURO:

Desde \_\_\_\_\_ A las 12:00 m. Hasta \_\_\_\_\_

### J) OTROS SEGUROS

(Tiene otros seguros para este mismo riesgo) Sí  No

Si-es "SI" Con cual Compañía \_\_\_\_\_ Monto \_\_\_\_\_

Le ha sido cancelado un seguro Sí  No  Motivo de Cancelación \_\_\_\_\_

Descripción del Equipo Especial (Consignar valor)

**SINIESTRO DURANTE LOS ULTIMOS 5 AÑOS** SI  NO

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 cláusula. 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.

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.