

## SOLICITUD DE DINERO Y VALORES

### 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"/> O <input type="radio"/> F <input type="radio"/> O <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"/>		
		No. de RTN		
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 ?		¿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:
De 21 - 50 <input type="radio"/>		De 50 en adelante <input type="radio"/>		Fuente de ingresos: _____
				Valor mensual estimado: _____
				Tipo de moneda: _____
				Dólar <input type="radio"/> Euro <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/>

### 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			
L.20,000.00 a L. 50,000.00			L.500,000.01 a L. 1 millón			2
L.50,000.01 a L. 100,000.00			L1,000,000.01 a L. 5 millones			
L.100,000.01 a L. 500,000.00			L5,000,000.01 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) UBICACIÓN DE LOS BIENES POR ASEGURAR

Dirección	
Dirección referenciada	
Propietario del Edificio	

**F) COBERTURAS Y BIENES POR ASEGURAR:**

Bienes Asegurados: Dinero y Valores Suma Asegurada Propuesta

A. Dentro de los predios: Lps. \_\_\_\_\_ B. Fuera de los predios: Lps. \_\_\_\_\_

**G) GIRO DEL NEGOCIO**

Comercio \_\_\_\_\_ Banco \_\_\_\_\_ Industria \_\_\_\_\_

**H) VIGENCIA DEL SEGURO**

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

**I) PRIMA**

Neta \_\_\_\_\_ Impuesto \_\_\_\_\_ Gastos \_\_\_\_\_  
Prima total \_\_\_\_\_

**J) BENEFICIARIO COMO ACREEDOR HIPOTECARIO O PRENDARIO**

Razón Social o Mercantil \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_  
Motivo de la cesión \_\_\_\_\_ Hasta la suma \_\_\_\_\_

**k) OTROS SEGUROS**

¿Existe otro seguro amparando los mismos bienes? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Indique la Compañía Aseguradora y los valores asegurados \_\_\_\_\_

¿Le ha sido cancelado un seguro? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Motivo de Cancelación \_\_\_\_\_

EL LOCAL CUENTA CON: Alarma \_\_\_\_\_ Guardia (s) \_\_\_\_\_ Armado (s) \_\_\_\_\_

**L) CAJA FUERTE**

Marca: \_\_\_\_\_ Modelo: \_\_\_\_\_ Pequeña : \_\_\_\_\_

Dimensiones \_\_\_\_\_  
Dimensiones de las paredes de la Caja Fuerte \_\_\_\_\_

**M) PLANILLAS**

Frecuencia de pagos \_\_\_\_\_ Distancia transportada: \_\_\_\_\_ Valor Lps \_\_\_\_\_

**N) VEHICULO USADO PARA TRANSPORTE DE VALORES**

Blindado \_\_\_\_\_ Norma \_\_\_\_\_ ¿Lo acompañan guardias? \_\_\_\_\_ Están armados? \_\_\_\_\_

**Ñ) DEPOSITOS AL BANCO**

Frecuencia: \_\_\_\_\_ Distancia \_\_\_\_\_  
Vehículo usado: \_\_\_\_\_ No. de guardias \_\_\_\_\_ van armados? \_\_\_\_\_  
HORAS Y RUTAS DE LOS TRASLADOS \_\_\_\_\_  
No. de traslados diarios: \_\_\_\_\_

**O) DATOS ADICIONALES (Consignar número, vehículo, área que recorren, están armados)**

Cobradores: numero \_\_\_\_\_ Vehículo que utilizan \_\_\_\_\_ Área que recorren \_\_\_\_\_  
Van armados \_\_\_\_\_  
Vendedores: numero \_\_\_\_\_ Vehículo que utilizan \_\_\_\_\_ Área que recorren \_\_\_\_\_  
Van armados \_\_\_\_\_

**PERDIDAS DURANTE LOS ULTIMOS AÑOS:** \_\_\_\_\_

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.

**LUGAR Y FECHA**

**FIRMA DEL CLIENTE**

**FIRMA Y NO.DE AGENTE**

**L) 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:

**M) PARA USO EXCLUSIVO DE LA ASEGURADORA**

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