

SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA COLECTIVO CONTRATANTE

SUMA ASEGURADA: _____

A) DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL

Nombre Completo (según Identificación)					
Lugar de Nacimiento	Fecha de Nacimiento		Sexo	Nacionalidad 1	Nacionalidad 2
	Día	Mes	Año	M <input type="radio"/> O <input type="radio"/> F <input type="radio"/> O <input type="radio"/>	Estatura _____ Metros Peso _____ Libras
Número de Identificación	Tipo de Identificación			No. de RTN	
	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	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 economica ? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	¿Realiza transacciones en moneda extranjera?
De 0 - 3 <input type="radio"/>	Si su respuesta es SI detalle:	
De 4 - 6 <input type="radio"/>	Fuente de ingresos: _____	Tipo de moneda:
De 7 - 10 <input type="radio"/>	Valor mensual estimado: _____	Dólar <input type="radio"/> Euro <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/>
De 21 - 50 <input type="radio"/>		
De 50 en adelante <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			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			Detalle 2 referencias bancarias o comerciales:
L.100,000.01 a L. 500,000.00			L.5,000,000.01 a L.10 millones			1
L.500,000.01 a L. 1 millón			10,000,000.01 a L.25 millones			2
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			
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 algún cargo público en los últimos 4 años? Si O No O	Cargo:	Institución:
---	--------	--------------

En caso positivo llenar el formato Adicional de Información (PEP)

E) INSTRUCCIONES ESPECIALES

Queda entendido que si dentro de 30 (treinta) días a partir de hoy no recibo la póliza, ni aviso relacionado con esta solicitud, ésta será considerada rechazada. Estoy de acuerdo en que la aceptación de la Póliza emitida de conformidad en los términos de esta solicitud constituirá una ratificación por parte mía de las declaraciones contenidas en ellas. Si Seguros Continental, S.A. rehúsa aceptar esta solicitud de acuerdo con el plan, cantidad y tipo de prima solicitados, se me reintegrará cualquier depósito o adelanto que haya efectuado para la emisión de la Póliza que solicito y que ninguna persona excepto un oficial ejecutivo de Seguros Continental, S.A., podrá actuar en nombre de Seguros Continental, S.A., para efectuar, modificar o cancelar el contrato o hacer que Seguros Continental, S.A., renuncie a sus derechos o requisitos y que ninguno de estos actos podrán ser efectuados por el agente de Seguros Continental, S.A. que llene esta solicitud. Así mismo declaro haber recibido copia íntegra de las CONDICIONES GENERALES de la Póliza cuya expedición solicité y estar enterado del contenido de las mismas que doy por aceptadas. Enterado de lo que antecede y para efecto de esta solicitud de seguro declaro estar dispuesto si fuera necesario, a pasar un examen médico pro cuenta de la Compañía, si ésta lo estima conveniente.

F) DOCUMENTOS REQUERIDOS

Llenar esta solicitud completamente con la información personal, familiar y la del seguro solicitado (de forma clara y legible, sin manchones ni tachaduras), copia de Cédula de identificación, carné de residente o pasaporte (según corresponda) y copia de RTN. u otro documento que requiera la Aseguradora.

G) DOCUMENTOS REQUERIDOS PERSONA JURIDICA

Llenar esta solicitud completamente con la información solicitada (de forma clara y legible, sin manchones ni tachaduras), copia de Cédula de identificación, carné de residente o pasaporte (según corresponda) y copia de RTN del representante Legal copia de escritura de constitución, sus reformas y anexo, certificación de la participación accionaria detallando numero de identidad del accionista, certificación de la Junta Directiva o Consejo de Administración y estados financieros actualizados. u otro documento que requiera la Aseguradora.

H) ACLARACIONES

Se aclara que la firma del cónyuge e hijos mayores de 18 años se solicita en este formulario especialmente para dar fe de las declaraciones personales que se detallan acerca de su estado de salud, información heredo-familiar y datos personales.

I) DECLARACIONES

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

J) 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:

K) PARA USO EXCLUSIVO DE LA ASEGURADORA

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