

## ACTUALIZACION DE DATOS

### A) DATOS DEL ASEGURADO O REPRESENTANTE LEGAL

Nombre Completo (según Identificación)				
Lugar de Nacimiento	Fecha de Nacimiento Día      Mes      Año		Sexo 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"/>			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    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? De 0 - 3 <input type="radio"/> De 4 - 6 <input type="radio"/> De 7 - 10 <input type="radio"/> De 11 - 20 <input type="radio"/> De 21 - 50 <input type="radio"/> De 50 en adelante <input type="radio"/>		¿Recibe ingresos diferentes a su actividad economica ? NO <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> Si su respuesta es SI detalle: Fuente de ingresos: _____ Valor mensual estimado: _____		¿Realiza transacciones en moneda extranjera? 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			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 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) FIRMA CLIENTE

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**

**F) PARA USO EXCLUSIVO DEL CANAL DE VENTA**

<b>CANAL DE VENTA:</b> INSTITUCION FINANCIERA <input type="radio"/> NEGOCIOS SEGCON <input type="radio"/> CORREDURIA <input type="radio"/> LICITACION <input type="radio"/> OTROS <input type="radio"/> (especifique):				
Nombre del asesor y/o correduría que entrevistó	Fecha de entrevista	Fecha entrega área técnica	Firma del entrevistador	Firma Supervisor
Observaciones:				

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

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