

La siguiente solicitud deberá ser completada con letra de molde

A. DATOS DEL ASEGURADO

PARA USO EXCLUSIVO DE LA COMPAÑÍA	Oficina:	Código de Contratante:
Vinculación:	No. de solicitud:	No. de póliza:

I. Datos Generales del Tomador del Seguro Persona natural Persona jurídica

Datos Persona Natural/Representante Legal

Nombre comercial			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Apellido de casada	Identidad <input type="checkbox"/> Carnet de residencia <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/>	No. de documento	Fecha de vencimiento del documento Día Mes Año
RTN contratante natural o representante legal	Lugar de nacimiento	Fecha de nacimiento Día Mes Año	Edad Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Nacionalidad			
1	2	3	
Profesión, ocupación, oficio o actividad económica	Estado civil Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/>		
Nombre de la empresa donde trabaja o nombre del negocio propio	Cargo que desempeña		
Tiempo de laborar	Giro de la empresa		
Con que instituciones financieras posee cuentas:	Origen de los recursos		
Nivel aproximado de ingresos L 0.00 - L 27,000.00 <input type="checkbox"/> L 27,000.01 - L 53,000.00 <input type="checkbox"/> L 53,000.01 - L 89,000.00 <input type="checkbox"/> L 89,000.01 - L 177,000.00 <input type="checkbox"/> L 177,000.01 - L 442,000.00 <input type="checkbox"/> Mayor a L 442,000.01 <input type="checkbox"/>			
¿Ha desempeñado algún cargo público usted o un familiar suyo en los últimos 4 años? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	(Si aplica) Cargo:	(Si aplica) Instituciones:	
En caso de ser afirmativo completar el SPS-F.CR-01 formulario de identificación y vinculación para personas expuestas políticamente (Aplica para nacionales y extranjeros)			
¿Actúa en nombre o representación de otra persona? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si la respuesta es Si indicar:		
Nombre completo de la persona que representa	Su relación	No. de identidad de la persona que representa	
¿Depende económicamente de otra persona? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si la respuesta es Si indicar:		
Nombre completo de la persona que representa	Su relación	No. de identidad de la persona de la que depende	
¿Cliente es APNFD? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si la respuesta es Si indicar que actividad APNFD realiza:		
APNFD = Actividades y Profesiones No Financieras Designadas.			
¿Cliente es Contratista del Estado? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			

Datos del Cónyuge

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Nombre de la empresa donde trabaja		Cargo que desempeña	
No. de Teléfono	No. de Celular	Correo electrónico	

Datos Persona Jurídica

Denominación y razón social				
Objeto social y/o actividad económica	RTN / RUC	No. de inscripción del registro mercantil	Fecha de constitución de la empresa	Día Mes Año
Departamentos o países donde opera				
1	2	3		
Origen de los recursos		Monto aproximado del total de activos (Lempiras)		
Venta o ingresos anuales (Lempiras)		¿Pertenece a un grupo económico? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Cuál?	
Nombre de la empresa (1)	Teléfono	Referencias bancarias o comerciales		Teléfono
		Nombre de la empresa (2)		
Nombre de la empresa (1)	Teléfono	Proveedores principales		Teléfono
		Nombre de la empresa (2)		
¿Cliente es APNFD? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Si la respuesta es Si indicar que actividad APNFD realiza:		
APNFD = Actividades y Profesiones No Financieras Designadas				
¿Cliente es Contratista del Estado? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Cliente es ONG/OSFL? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		ONG = Organismo No Gubernamental OSFL = Organización Sin Fines de Lucro

II. Dirección de Residencia del Contratante o Representante Legal Dirección de cobro

País	Departamento	Municipio	Ciudad	
Colonia	Calle	Avenida	Bloque	Casa No.
Detallar dirección				Apartado Postal
Teléfono	Celular		Correo electrónico	

III. Dirección de Trabajo del Contratante o de la Empresa Dirección de cobro

País	Departamento	Municipio	Ciudad	
Colonia	Calle	Avenida	Bloque	Casa No.
Detallar dirección				
Teléfono	Celular		Correo electrónico	
Telefax	Apartado Postal		Sitio web	

IV. Vigencia

Desde:	Al medio día	Hasta:	Al medio día
--------	--------------	--------	--------------

V. Información de Otros Seguros

¿Tiene otros seguros con la compañía? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Qué tipo de seguros?	¿Con cuál otra compañía tiene (tenía) seguros?
	¿Qué tipo de seguro?	Sumas aseguradas

VI. Datos del Beneficiario Preferente

Nombre completo del Beneficiario	Número de identificación	Participación

VII. Dirección del Beneficiario

Colonia:	Casa número:	Teléfono:	Celular:
Detallar dirección:			
Ciudad:	Municipio:		

B. ESPECIFICACIONES DEL RIESGO

I. Riesgos cubiertos

Riesgos Solicitados			Cultivo	Modalidad	Unidad de Moneda
Lluvia <input type="checkbox"/>	Incendio <input type="checkbox"/>	Bajas Temperaturas <input type="checkbox"/>		Riego <input type="checkbox"/>	Manzana (Mz) <input type="checkbox"/>
Viento <input type="checkbox"/>	Helada <input type="checkbox"/>	Sequía <input type="checkbox"/>		Temporal <input type="checkbox"/>	Hectárea <input type="checkbox"/>
Granizo <input type="checkbox"/>	Onda Caliente <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>		Otros <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>

II. Ubicación de la(s) parcela(s)

Municipio	Departamento	Ubicación: Carreteras o caminos más cercanos u otros datos que faciliten el acceso

En caso de Pérdidas Catastróficas		Vigencia del Seguro	
Riesgo	Parcelas Aseguradas	Inicio	Término
Lugar y Fecha		Municipio	Departamento

III. Acta de inspección

Fecha	No. de DRAFT	Variedad	Superficie		
			Solicitada	Plantada	Arraigada

IV. Condiciones del cultivo y terreno

Fecha de plantación	Fecha de replantación	Marco de plantación	Etapa fenológica	
Vigor	Altura de Planta	Uniformidad del Cultivo	Calidad de Labores	Fertilización
Bueno <input type="checkbox"/>		Bueno <input type="checkbox"/>	Bueno <input type="checkbox"/>	Adecuada <input type="checkbox"/>
Regular <input type="checkbox"/>		Regular <input type="checkbox"/>	Regular <input type="checkbox"/>	Regular <input type="checkbox"/>
Malo <input type="checkbox"/>		Malo <input type="checkbox"/>	Malo <input type="checkbox"/>	Deficiente <input type="checkbox"/>
Caida de Flor	Aclareo de Predio	Reguladores de Crecimiento	Presencia de Maleza	Presencia de Plagas
Alta <input type="checkbox"/>	Alta <input type="checkbox"/>	Bueno <input type="checkbox"/>	Hoja ancha <input type="checkbox"/>	% de infestación
Normal <input type="checkbox"/>	Normal <input type="checkbox"/>	Regular <input type="checkbox"/>	Hoja angosta <input type="checkbox"/>	
Baja <input type="checkbox"/>	Baja <input type="checkbox"/>	Malo <input type="checkbox"/>	% de infestación <input type="checkbox"/>	
Presencia de Enfermedades	Distancia entre Surcos	Distancia entre Plantas	Tipo de Suelo	
% de infestación			Ligero <input type="checkbox"/>	
			Mediano <input type="checkbox"/>	
			Pesado <input type="checkbox"/>	
Topografía del Terreno	Humedad del Suelo	Profundidad del Suelo	Mantenimiento de Cajetes	
			Bueno <input type="checkbox"/>	
			Regular <input type="checkbox"/>	
			Malo <input type="checkbox"/>	
Cuellos Enterrados	Tecnología Adicional	Superficie	Causa de Rechazo	Producción Potencial
Bueno <input type="checkbox"/>	Sombreo <input type="checkbox"/>	Aceptada <input type="checkbox"/>		Bruta
Regular <input type="checkbox"/>	Prevención de Heladas <input type="checkbox"/>	Rechazada <input type="checkbox"/>		
Malo <input type="checkbox"/>				
Colindancias			Coordenadas Geográficas	
Norte:			Latitud:	
Sur:			Longitud:	
Este:				
Oeste:				

V. Croquis de localización y comentarios de vías de acceso



VI. Comentarios adicionales



Las declaraciones inexactas y las reticencias del contratante, relativas a circunstancias tales que el Asegurador no habría dado su consentimiento o no la habría dado en las mismas condiciones si hubiese conocido el verdadero estado de las cosas, serán causas de anulación del contrato, cuando el contratante haya obrado con dolo o culpa grave. Artículo No.1141 del Código de Comercio Vigente. Asimismo el Tomador de seguro declara que la información referente a su identificación es verídica y que puede ser confirmada en cualquier momento por esta Compañía. Igualmente el Intermediario de Seguros declara que ha corroborado la información personal del tomador del seguro y de haber tenido a la vista los documentos de identificación del mismo, en fe de lo cual firma.

Yo/Nosotros garantizo/amos que el/(los) bien/es antes mencionado/s es/son de mi/nuestra propiedad y que las declaraciones hechas y los particulares proporcionados son verdaderos y que no se ha ocultado o suprimido ninguna información material y Yo/Nosotros estoy/estamos de acuerdo en aceptar una póliza sujeta a los términos, exclusiones y condiciones que en ella se indiquen.

Por la presente declaramos que todo lo expuesto por nosotros en la solicitud esta completo y concuerda con la verdad según nuestro leal saber y entender y por la presente estamos de acuerdo con que esta solicitud constituya la base y forme parte de la póliza extendida en relación con el riesgo mencionado más arriba. Queda estipulado que el Asegurado solo será responsable en concordancia con los términos de la póliza y/o que el Asegurado no presentará ninguna otra reclamación de la naturaleza que fuera. El asegurador esta obligado a tratar esta información en un plano de estricta confidencia.

Exclusión LA/FT:

El presente contrato se dará por terminado de manera anticipada en los casos que el asegurado, el contratante y/o el beneficiario sea condenado mediante sentencia firme por algún tribunal nacional o de otra jurisdicción por los delitos de Narcotráfico, Lavado de Dinero, Financiamiento del Terrorismo, Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva, o cualquier otro delito de crimen no delincuencia organizada conocidos como tales por tratados o Convenios Internacionales de los cuales Honduras sea suscriptor; o que el beneficiario o Contratante del seguro se encuentren incluidos en la lista de entidades u organizaciones que identifiquen a personas como partícipes, colaboradores, facilitadores del crimen organizado como ser la lista OFAC (Office Foreign Assets Control) y la lista de Designados por la ONU entre otra. Este endoso se adecuara a lo pertinente a los procedimientos especiales que podrán derivarse de la Ley Especial contra el Lavado de Activos, Ley sobre el Uso Indebido y Tráfico Ilícito de Drogas y Sustancias Psicotrópicas, Ley Contra el Financiamiento del Terrorismo, Ley sobre Privación Definitiva del Dominio de Bienes de origen Ilícito y sus respectivos Reglamentos, en lo relativo al manejo, custodia de pago de primas y de siniestros sobre los bienes asegurados de personas involucradas en ese tipo de actos; sin perjuicio de que la Aseguradora deberá informar a las autoridades competentes cuando aplicare esta cláusula para la terminación anticipada del contrato.

CONFORME AL ARTÍCULO 729 DEL CÓDIGO DE COMERCIO DE HONDURAS, si el Contratante del seguro o Asegurado no estuviere de acuerdo con los términos del Contrato suscrito o Póliza emitida por La Compañía, podrá resolverlo dentro de los quince (15) días siguientes a la fecha en que la hubiere recibido, si no concordare con los términos de su solicitud, en el mismo plazo, podrá solicitar la rectificación del texto en lo referente a las condiciones especiales del Contrato.

El silencio se entenderá como conformidad con la Póliza o Contrato.

Se considerarán aceptadas las ofertas de prórroga, renovación, modificación o restablecimiento de un contrato hechas en carta certificada o cualquier otro medio escrito o electrónico con acuse de comprobación de recibo, si la Aseguradora no contesta dentro del plazo de quince (15) días contados desde el siguiente al de la recepción de la oferta, siempre que no estén en pugna con las disposiciones imperativas del Código de Comercio o de la Ley de Instituciones de Seguros y Reaseguros.

Lugar y Fecha

VII. Firmas

Autorizo a LA COMPAÑÍA para que los documentos que acrediten la celebración de la póliza de seguro, incluyendo las condiciones generales o particulares, modificaciones realizadas a la misma, así como cualquier notificación relacionada a la operación, pueda ser remitida al correo electrónico indicado en esta solicitud.

Nombre del Solicitante	Firma del Solicitante	Código y Firma del Intermediario

Esta solicitud esta sujeta a la aceptación del riesgo previa inspección del mismo.

Favor adjuntar a esta solicitud copia de la siguiente documentación:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Registro Tributario Nacional (RTN) | <input type="checkbox"/> Carta de poder de representante legal |
| <input type="checkbox"/> Permiso de Operación | <input type="checkbox"/> Formato para detallar beneficiarios finales de personas jurídicas |
| <input type="checkbox"/> Acta constitutiva o escritura debidamente inscrita | <input type="checkbox"/> Copia de las identidades de los accionistas |
| <input type="checkbox"/> Identidad el apoderado legal | <input type="checkbox"/> Formato de identificación clientes PEP |
| <input type="checkbox"/> RTN apoderado legal | |

Queda a criterio de LA COMPAÑÍA solicitar información adicional a la detallada anteriormente cuando así lo considere.