

SEGURO DE AUTOMÓVILES SOLICITUD DE SEGURO

La solicitud deberá ser llenada con letra de molde y sin omitir datos, sin tachaduras, borrones ni manchones.

PARA USO EXCLUSIVO DE MAPFRE

Cód. de contratante	No. de solicitud	Vinculación	Fecha de emisión	No. de póliza	Cód. Agente de Venta
			Día - Mes - Año		

A. DATOS GENERALES

I. DATOS DEL AGENTE DE SEGURO

Agente	Códig del agente
--------	------------------

II. DATOS DEL CONTRATANTE

DATOS PERSONA NATURAL (Para las personas jurídicas serán las del Representante Legal)

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
Tipo de identificación	Identidad	Pasaporte	Carné de residencia
No. identificación	RTN	Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento
		Día Mes - Año	
Estado civil	S C D V UL	Género	Masculino Femenino
Nacionalidad (es)		Profesión, oficio u ocupación	
1			
2			
Móvil _ 1		Móvil _ 2	
Correo electrónico _ 1			
Correo electrónico _ 2			
Nombre del cónyuge (completo)			
Dirección de residencia del contratante / asegurado			
País	Departamento	Municipio	Barrio o colonia
No. Casa/ lote	Calle(s)	Avenida(s)	Teléfono de la residencia
Detalle el origen de los fondos para contratación del seguro			
¿Es comerciante Individual?	Si No	Giro del negocio	
Nombre del negocio (Si aplica)			
Lugar de trabajo	Área	Cargo que desempeña	Tiempo de laborar
Nivel aproximado de ingreso según el salario mínimo mensual vigente <input type="checkbox"/>			
De 0 - 3	De 4 - 6	De 7 - 10	De 11 - 20 De 21- 50 De 50 en adelante <input type="checkbox"/>
Ha desempeñado un cargo público en los últimos cuatro (4) años			Si No
Detalle el nombre del cargo			
Dirección laboral del contratante / asegurado			
País	Departamento	Municipio	Barrio o colonia
No. Casa/ lote	Calle(s)	Avenida(s)	Teléfono de la empresa
Correo electrónico			

DATOS DE PERSONA JURIDICA			
Razón o Denominación Social			
Nombre Comercial		RTN/RUC	Fecha de Constitución
			Día - Mes - Año
Número de registro de la escritura	Pertenece su empresa a un grupo Financiero o Económico Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
	¿Cuál?		
Tipo de Empresa			
Según la composición de capital	Pública <input type="checkbox"/>	Privada <input type="checkbox"/>	Mixta <input type="checkbox"/>
Según la actividad económica	Industrial <input type="checkbox"/>	Comercial <input type="checkbox"/>	Transporte <input type="checkbox"/>
	Construcción <input type="checkbox"/>	Agrícola <input type="checkbox"/>	Civil <input type="checkbox"/>
	Servicio Financieros <input type="checkbox"/>		
Según la forma jurídica	APNFD <input type="checkbox"/>	Empresas Nacionales con fines de lucro <input type="checkbox"/>	Empresas extranjeras que operan en Honduras <input type="checkbox"/>
	Escuelas Públicas <input type="checkbox"/>	Instituciones sin Fines de Lucro <input type="checkbox"/>	Cooperativas <input type="checkbox"/>
	Embajadas <input type="checkbox"/>	Empresas del Estado <input type="checkbox"/>	
Departamento y/o países en que opera			
Dirección de la oficina principal de la persona jurídica			
País	Departamento	Municipio	Barrio o colonia
No. Casa/ lote	Calle(s)	Avenida(s)	Teléfono de la empresa
Correo electrónico			
III. VIGENCIA DE LA PÓLIZA			
Desde	Día - Mes- Año	al medio día	Hasta Día - Mes - Año al medio día
IV. MONEDA			
Moneda en que se emitirá la póliza:	Lempiras <input type="checkbox"/>	Dólares estadounidenses <input type="checkbox"/>	
V. INFORMACIÓN DE CESIONARIO			
El seguro derivado de esta solicitud, será cesionado? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
A Favor de _____		Hasta por _____	
VI. INFORMACIÓN DE OTROS SEGUROS			
¿Tiene otros seguros con la compañía?		¿Qué tipo de seguro?	
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
¿Con cuál otra compañía tiene o tenía seguros?		¿Qué tipo de seguro?	
VII. ENTREGA DE CORRESPONDENCIA			
Dirección de residencia del contratante / asegurado <input type="checkbox"/>	Dirección laboral del contratante / asegurado <input type="checkbox"/>	Dirección de la oficina principal de la persona jurídica <input type="checkbox"/>	Correo electrónico <input type="checkbox"/>

B. DATOS DEL RIESGO				
Descripción del vehículo por asegurar				
Tipo de Póliza	Individual <input type="checkbox"/>	Colectiva <input type="checkbox"/>	Unidades a asegurar	
Marca de fábrica	Modelo	Tipo	Año	Color
Uso del vehículo (*Especifique)	No. cilindros	No. de serie		
Particular <input type="checkbox"/> *Comercial <input type="checkbox"/>				
No. de VIN	No. de motor	Placa No.		

--	--	--

No. de licencia de conducir				Tipo de licencia			
				Liviana <input type="checkbox"/>		Pesada <input type="checkbox"/>	
				Moto <input type="checkbox"/>			
Capacidad	Ocupantes		Toneladas		Tipo de combustible	Diesel <input type="checkbox"/>	Gasolina <input type="checkbox"/>
Fecha de compra		Forma de adquisición				Estado de compra	
Día - Mes - Año		Agencia <input type="checkbox"/> Importado <input type="checkbox"/>				Nuevo <input type="checkbox"/> Usado <input type="checkbox"/>	
Estado de título de propiedad (Importado)				Valor del vehículo			
Salvage <input type="checkbox"/>		Destruction <input type="checkbox"/>		Damage <input type="checkbox"/>		Con dispensa _____	
Flood <input type="checkbox"/>		Indefinido <input type="checkbox"/>		Con impuesto			
Equipo especial (especificar)							
Deducibles y sumas aseguradas							
Descripción		Deducible y coaseguro por accidente		Límite por persona		Suma asegurada	
A-Colisiones y vuelcos accidentales							
.Incendio, rayo y autoignición							
Huelgas y alborotos populares							
B-3.Robo total del automóvil							
C-Responsabilidad civil por daños a terceros en sus bienes							
D-Responsabilidad civil por daños a terceros en sus personas							
E-Rotura de cristales por cualquier causa (excepto por colisión y vuelco)						Amparado <input type="checkbox"/>	
F-Equipo especial (detallado en sección anterior)						<input type="checkbox"/>	
G-Ciclón, huracán y otros fenómenos Análogos						Amparado <input type="checkbox"/>	
H-Extensión territorial						Amparado <input type="checkbox"/>	
I-Gastos Médicos							
J- Seguro de Ocupantes de vehículos							
Asistencia total						Amparado <input type="checkbox"/>	
Asistencia limitada						Amparado <input type="checkbox"/>	
Auto sustituto						Amparado <input type="checkbox"/>	
Observaciones							
<p>a. Es requisito indispensable en cada accidente, dar aviso inmediato para que la compañía intervenga. No se tramitarán reclamaciones que no sean autorizadas por la compañía o por alguna persona designada por ella.</p> <p>b. La compañía no asumirá ninguna responsabilidad y en consecuencia quedará exenta de toda la indemnización, con relación a cualquier reclamo cuando el respectivo accidente haya tenido lugar mientras el conductor es menor de edad, ya sea que este autorizado para manejar con licencia provisional o definitiva, en virtud de estar ello en contradicción con el reglamento vigente para la circulación de vehículos y peatones en las vías públicas.</p> <p>Así mismo la compañía opondrá la anterior excepción, cuando el conductor, siendo mayor de edad, conduzca con licencia provisional, ya que esta no es mas que el medio legal para aprender a manejar. Cuando por cualquier otro motivo se ostente una licencia provisional, la anterior estipulación no tendrá aplicación.</p>							

I. COBERTURAS, PRIMAS Y DEDUCCIONES

Prima Comercial	
Recargo por menor de edad	
Recargo por mayoría de edad	
Recargo por ocupantes adicionales (Riesgo I) / Cantidad	
Recargo por ocupantes adicionales (Riesgo J) / Cantidad	
Otros recargos	
Subtotal prima	
Gastos de Emisión	
Impuesto	
Prima Anual Total de Seguro	

II. FORMA DE PAGO DE PRIMA

Contado Pago fraccionado

No. Pagos _____ Primer pago de _____ Pagos de _____

No obstante a la forma de pago arriba descrita de la prima anual total de seguro, la compañía se reserva el derecho de exigir al asegurado el pago del saldo pendiente al ocurrir un siniestro total o parcial.

C. DECLARACIÓN Y ACEPTACIÓN DE CONDICIONES

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. Este formulario únicamente constituye una solicitud de seguros y no representa garantía de que la misma será aceptada por MAPFRE; ni que la misma, en todo caso, será aceptada en los mismos términos solicitados.

3. La información que he suministrado en esta solicitud es veraz y verificable y puede ser confirmada en cualquier momento por esta compañía.

4. Toda la información anterior, ha sido escrita o dictada por mí, de acuerdo con mi leal saber y entender, y que la misma es la base para que MAPFRE emita la cobertura de seguro solicitado. Así mismo, libero a MAPFRE de toda responsabilidad sobre la cobertura otorgada, en caso de omisiones o declaraciones falsas o inexactas sobre hechos conocidos por mí, que de haber sido debidamente conocidos por MAPFRE hubieran podido influir de modo determinante para que la cobertura solicitada no se suscribiera, o se hubiera suscrito en condiciones distintas.

5. Queda debidamente entendido y aceptado por parte de MAPFRE que el uso de la información obtenida con motivo de esta autorización, está circunscrito estrictamente al proceso de análisis para suscribir o denegar la cobertura solicitada, y el trámite posterior de reclamaciones de derecho si la misma fuera otorgada; por tanto, únicamente podrá ser recopilada, consultada y utilizada por suscriptores de riesgo o analistas de reclamos de MAPFRE, en razón de su naturaleza, MAPFRE deberá garantizar la debida custodia, confidencialidad absoluta y el buen uso de esta información.

6. Acepto el hecho que, de demostrarse falso testimonio en la información aquí presentada, MAPFRE Seguros Honduras, S.A. 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 para MAPFRE frente al asegurado.

7. Manifiesto que he leído toda la solicitud y las condiciones generales de la póliza a través de mi agente de seguros, las cuales formarán parte integral del contrato y que he tomado conocimiento de mi derecho a decidir sobre la contratación del seguro y a la libre elección de la institución aseguradora y estoy de acuerdo con ella.

D. FIRMAS

Firmado en la ciudad de _____, a los _____ día(s) del mes de _____ del año _____

Firma del contratante

Firma del agente