



**Aseguramos lo que
Vale para Usted**

Persona Juridica	<input type="checkbox"/>
Persona Natural	<input type="checkbox"/>

SOLICITUD DE SEGURO DE ROBO

1. DATOS DEL ASEGURADO

Nombre Completo del Asegurado				
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Apellido Casada
Tipo de Identificación			Numero de Identificación	Sexo
Tarjeta de Identidad <input type="checkbox"/>	Pasaporte <input type="checkbox"/>	Carnet de Residente <input type="checkbox"/>		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Nacionalidad		Lugar de Nacimiento		Fecha de Nacimiento
				Día Mes Año
Edad	Estado Civil		Profesión, Ocupación u Oficio	
	Soltero (a) <input type="checkbox"/> Casado (a) <input type="checkbox"/>			
Nombre Completo del Cónyuge				
Negocio o Lugar de Trabajo		Cargo/Posición que Desempeña	Tiempo de Laborar en la Empresa	
Especificar detalladamente la fuente de sus Ingresos				
¿Mantiene Pólizas Suscritas con otra (s) Aseguradora (s)? (especificar compañía aseguradora, tipo seguro, suma asegurada)				
Beneficiarios (anotar nombre (s) completo (s) en letra de molde)				

DIRECCION DEL TRABAJO

Barrio/ Colonia/ Calle/ Avenida		Bloque y No. de Casa	Ciudad o Municipio	
Departamento		Telefonos Oficina	Fax	
Correo Electrónico		Sitio Web		

DIRECCION DE DOMICILIO

Los cobros se realizaran en: Domicilio Oficina

Barrio o Colonia		Calle o Avenida	Bloque y No. de Casa	
Ciudad o Municipio		Departamento	Teléfono	
Otras Referencias del Domicilio				Apdo. Postal
Fax	Correo Electronico		Sitio Web	

2. INFORMACION PERSONAL DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA PERSONA JURIDICA SOLICITANTE

Nombre Completo del Representante Legal (Como aparece en el documento de identidad)					
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Apellido Casada	
Tipo Identificación Tajeta Identidad <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Carnet Residente <input type="checkbox"/>			Numero Identificación	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
Edad	Estado Civil Soltero (a) <input type="checkbox"/> Casado (a) <input type="checkbox"/>		Profesión, Ocupación u Oficio		Fecha Nacimiento Día Mes Año
Nombre Completo del Cónyuge					
Dirección Completa de Residencia					
Dirección Completa de la Empresa donde Labora					
Correo Electrónico		Teléfono Residencia	Fax	Sitio Web	
Negocio o Lugar de Trabajo		Cargo/ Posición que Desempeña		Tiempo de Laborar en la Empresa	
Especificar Detalladamente la fuente de sus ingresos					
¿ Mantiene Pólizas Suscritas con otra (s) Aseguradora (s)? (especificar compañía aseguradora, tipo seguro,suma asegurada)					
Beneficiarios (anotar nombre (s) completo (s) en letra de molde)					

3. PERSONA JURIDICA QUE ESTA SOLICITANDO EL SEGURO

Razon o Denominación Social de la Persona Juridica (adjuntar fotocopia, escritura social y reformas)		
Giro o Actividad Económica		Fecha Inicio Operaciones
Nombre Comercial	RTN (adjuntar fotocopia)	No. Inscripción Registro Mercantil
Especificar detalladamente la fuente de sus ingresos (adjuntar estados financieros actualizados)		
¿ Mantiene Pólizas Suscritas con Otra (s) Aseguradora (s) ? (especificar compañía aseguradora, tipo seguro, suma asegurada)		
Beneficiarios (anotar nombre (s) completo (s) en letra molde)		

DIRECCION DE LA PERSONA JURIDICA SOLICITANTE

Barrio o Colonia		Calle o Avenida	Bloque y No. de Casa
Ciudad o Municipio	Departamento		Teléfono
Otras Referencias del Domicilio			Apdo. Postal
Fax	Correo Electronico	Sitio Web	

4. VIGENCIA: Desde: ___ / ___ / ___ a las 12:00 m Hasta: ___ / ___ / ___ a las 12:00 m

5. DOMICILIO PARA COBROS Y NOTIFICACIONES

Barrio o Colonia:	Calle o Avenida:	Bloque y No. de Casa:
Ciudad o Municipio:	Departamento:	Teléfono:
Otras Referencias de la Ubicación:		Apdo. Postal:
Fax:	Correo Electronico:	Sitio Web:

6. BENEFICIARIO (S)

Nombre, Razon o Denominación Social:		
Prestamo Otorgado a:		
Dirección:		
Correo Electronico:	Teléfono:	Fax:

7. ACTIVIDAD DEL NEGOCIO DEL ASEGURADO

8. BIENES POR ASEGURAR

No.	DESCRIPCIÓN	SUMA PROPUESTA (Lps. O US\$)
1	Existencia de Mercaderías en Tienda	
2	Existencia de Meraderías en Bodega	
3	Existencia de Mercaderías en Tienda y Bodega	
4	Existencia de Materia Prima, Productos en Proceso y Terminados	
5	Maquinaria, Equipo y Herramientas	
6	Muebles y Equipo de oficina	
7	Muebles y Equipo del Negocio	
8	Muebles Particulares, Menaje de Casa y Efectos Personales	
Total		

9. COBERTURA ADICIONAL

No.	DESCRIPCIÓN	AMPARADO / EXCLUIDO
1	Asalto a mano armada o intento del mismo	

10. OTRAS CLÁUSULAS ESPECIALES

11. RESUMEN

No.	DETALLE	SUMA PROPUESTA (L. O \$)	TASA POR CIENTO %				Valor Prima (L. o \$)
			Básica	Asalto	Otras	Total	
1							
2							
			Prima Neta				
			Impuesto Gubernamental				
			Gastos de Emisión				
			Prima Total				
No. de Pagos _____							

12. OTROS

1. Nombre y cargo de la (s) persona (s) encargada (s) del manejo y custodia de los bienes del Asegurado:		_____	
2. ¿Cuál es el horario laboral del negocio o empresa?			
3. ¿ Los Bienes Asegurados quedan expuestos las 24 horas del día?			
4. ¿ Fuera de las horas hábiles, los bienes se guardan en cajas de seguridad?			
5. Las cajas de seguridad			
a) Estan equipadas con cerraduras dobles	Si	<input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
b) Reloj de Tiempo de Apertura	Si	<input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
c) Nombre de la compañía manufacturera _____			
d) Fecha de construcción y tipo _____			
e) Numero de registro o referencia _____			
f) Tiene mecanismo anti- explosivo	Si	<input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
g) Estan contruidos de materiales resistentes al arco (voltaico) antorcha y perforadas	Si	<input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
h) Estan empotradas a la pared o al piso	Si	<input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
i) Su peso al vacío es igual a 1,500 lbs	Si	<input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
6. Puertas y Ventanas:			
a) ¿ Cuantas puertas y ventanas tiene el edificio en la parte externa?			
b) ¿ Como estan protegidas?			
c) Tipo y estado de cerraduras y cerrojos en puertas externas			
d) ¿ Cuantas puertas y ventanas internas o de comunicación interior tiene el edificio?			
e) ¿Tipo y estado de cerraduras y cerrojos?			
7. ¿ Tiene sistema de Alarma contra Robo? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Esta conectada con			
¿Estación Central?	Si	<input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿ Estación de policía?	Si	<input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿ Cualquier otro local?	Si	<input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
8. Posiciones de Cajeros:			
a) ¿Los lugares de los Cajeros están separados del resto de las oficinas, con puertas cerradas?	Si	<input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
b) ¿ Con vidrios contra balas?	Si	<input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
c) ¿Está dotada de alarma contra robo?	Si	<input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> Detalle: _____
d) ¿ O botón o pedal de alarma?			
9. Traslado del Dinero			
a) ¿ Cada cuánto tiempo el dinero que tienen en su poder se traslada a la caja de seguridad? _____			
10. Celadores			
a) ¿ Tiene celadores armados?	Si	<input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
b) ¿ Durante el día?	Si	<input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> Turno: _____
c) ¿ Durante la noche?	Si	<input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> Turno: _____
d) ¿ Cuántos cada turno? _____			
e) ¿ Son provistos por la policía?	Si	<input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> _____
f) ¿ Por una Compañía particular?	Si	<input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> _____
g) ¿ Empleados del solicitante?	Si	<input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> _____
h) ¿ Están provistos de protectores contra balas?	Si	<input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

11. Robo por Asalto	
a) ¿ Ha sufrido alguna vez un Robo por Asalto?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
b) ¿ A cuanto ascendió la pérdida? _____	
c) ¿ Fecha en que ocurrió la pérdida? _____	
d) Medidas correctivas tomadas _____	
12. Otra solicitud de Seguro	
¿ Ha hecho alguna vez una Solicitud de Seguro Contra Robo por Asalto? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
13. Gestiones con otras compañías	
a) ¿ Ha declinado alguna compañía su solicitud, rehusado renovar la póliza, aumentado la prima, aumentado el deducible o impuesto alguna condición especial? _____	
b) En caso afirmativo, sírvase dar detalles _____	
14. Otros Seguros	
a) ¿ Existen actualmente otros seguros vigentes sobre los mismos bienes?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
b) ¿ Porqué suma? _____	
c) ¿ Con qué Compañía? _____	
d) ¿ Vencimiento de la póliza? _____	
15. Cual es el valor aproximado en esta fecha de la propiedad que se desea asegurar L.	
a) De las Mercancías: _____	b) De los Muebles y Enseres _____
c) ¿ Estan Asegurados contra incendio? _____	d) ¿ Por qué cantidad? _____
e) ¿ En que compañía? _____	
16. Ha sufrido el solicitante perdida por robo durante los últimos cinco años?	
a) ¿En que fecha? _____	b) ¿ Cual fue su monto? _____
c) ¿ Estaba asegurado? _____	e) ¿ En qué compañía? _____
17. De que material esta construido el edificio en cuanto a:	
a) ¿ Los muros principales? _____	
b) ¿ Los techos? _____	
c) ¿ Los pisos, Techos intermedios? _____	
d) Los muros que encierran "el local"? _____	
18. Cúal es el valor aproximado que actualmente tienen los bienes por asegurar? L. _____	
Adjuntar mensaje de descripción de bienes: L. _____	
a) Del mobiliario y efectos personales.	L. _____
b) De las joyas	L. _____
c) De libros	L. _____
d) De otros	L. _____

El Asegurado manifiesta que todos los datos asentados en la presente solicitud son verdaderos, que ha leído completamente el contenido de las condiciones generales de la póliza y que ha recibido las explicaciones de las condiciones estipuladas que contendrá el Contrato de Seguro y sus Anexos a suscribir.

El seguro entrará en vigor al ser aceptada esta solicitud, por Seguros Lafise Honduras.

Dado en la ciudad de _____ el día _____ del mes _____ del año _____		
Firma del Asegurado o Representante Legal	Firma del Agente	Numero:
	Aprobó	Fecha: