

SOLICITUD DE SEGURO DE AVIONES

Tipo de Persona: ☐ Natural ☐ Jurídica ☐ Comerciante Individual

Para Uso Exclusivo de la Compañía

Tipo Relación/Rol:	☐ Contratante	☐ Afianzado	☐ Asegurado	☐ Acreedor	☐ Reasegurador	☐ Intermediario
	☐ Beneficiario	☐ Apoderado	☐ Proveedor	☐ Corredor de Reaseguro	☐ Otro.	
ID Cliente		Categoría Riesgo		Cliente:	☐ Nuevo	☐ Existente
ID Acreedor		Categoría Riesgo		Cliente:	☐ Nuevo	☐ Existente
No. Trámite		No. Oferta		No. Póliza		

1. Datos Personales del Asegurado o del Representante Legal

Apellidos		Nombres	
Fecha Nacimiento		Edad	
		Lugar de Nacimiento	
Sexo:	☐ Femenino ☐ Masculino	Estado Civil:	☐ Soltero (a) ☐ Casado (a) ☐ Divorciado (a) ☐ Viudo (a)
No. Identificación		No. R.T.N.	
Tipo Identificación:	☐ Cédula ☐ Pasaporte ☐ Residencia	No. Seguro Social	
Ocupación		1ra. Nacionalidad	
Profesión		2da. Nacionalidad	
¿Se ha desempeñado como funcionario público en un puesto con poder de decisión o con acceso a recursos públicos? ☐ Si ☐ No			
Ocupación PEP'S		Nombre Institución	
¿Algún pariente suyo se ha desempeñado como funcionario público en un puesto con poder de decisión o con acceso a recursos públicos? ☐ Si ☐ No			
Si su repuesta es si: Nombre		Identificación	

Dirección de Domicilio

Barrio / Colonia		Avenida		Calle	
Bloque No.		Casa / Edificio No.		Municipio	
Departamento		País			
Otras referencias de la dirección					

Contacto Directo con el (la) Solicitante del Seguro

Tel. Casa		Correo Personal	
Celular		Forma de Contacto:	☐ Tel. Casa ☐ Celular ☐ Correo electrónico
Autoriza a Seguros LAFISE a enviar información a mi correo electrónico? ☐ Si ☐ No			

Datos del Cónyuge

Apellidos		Nombres		
Teléfono Casa		No. Identificación		
Celular		Correo Electrónico		
Ocupación Actual		Profesión		
¿Trabaja? ☐ Si ☐ No				
Lugar de Trabajo			Teléfono	
Dirección de Trabajo				

Datos laborales (Actividad Económica)

Nombre Empresa			
Tipo de Actividad		Explicar	
Ámbito de Negocio		Origen de Fondos	
Cargo o Posición		Fecha Ingreso	

Dirección del Trabajo de asegurado o Representante Legal

Barrio / Colonia		Avenida		Calle	
Bloque No.		Casa/Edificio No.		Municipio	
Departamento		País			
Tel. Empresa		Correo Electrónico Trabajo			

Tipo Contratación: ☐ Permanente ☐ Temporal Moneda de ingresos: ☐ Lempiras ☐ Dólares ☐ Euros

Nivel aproximado de Ingresos según el salario mínimo mensual vigente (SMMV)

☐ De 0-3 ☐ De 4-6 ☐ De 7-10 ☐ De 11-20 ☐ De 21-50 ☐ De 50 en adelante

Actividad: ☐ Ama de Casa ☐ Asalariado ☐ Comerciante Individual ☐ Pensionado ☐ Negocio Propio
☐ Estudiante ☐ Jubilado ☐ Renta de Bienes ☐ Socio ☐ Otra

Origen de Fondos: ☐ Ahorro ☐ Empresa ☐ Honorarios Legales ☐ Pensión ☐ Salario
☐ Dependientes ☐ Herencia ☐ Negocio Propio ☐ Jubilación ☐ Renta de Bienes
☐ Socio ☐ Otros:

Datos de la persona de quién depende económicamente

Apellidos		Nombres	
No. Identificación		Tipo de Dependencia	☐ Tutor ☐ Representante Legal
Tipo Identificación:	☐ Cédula ☐ Pasparte ☐ Residencia	Origen de Ingresos	
Actividad Económica		Ocupación	

2. Datos Generales de Persona Jurídica

Tipo de Empresa:	☐ Pública	☐ Privada	☐ Otra		
Localidad Económica:	☐ Local	☐ Nacional	☐ Americana	☐ Internacional	
Ámbito de Negocio:	☐ Negocios Locales	☐ Negocios Regionales	☐ Negocios Multinacionales		
¿Pertenece a un Grupo Económico o financiero?	☐ Si	☐ No	Nombre del Grupo		
Total Activos			Ingresos Anuales		
Moneda de Ingreso:	☐ Lempiras	☐ Dólares	☐ Euros		
Dirección de la Empresa					
Barrio / Colonia			Avenida		Calle
Bloque No.		Edificio No.		Municipio	
Departamento			País		
Otras referencias					

[illegible][illegible]

3. Referencias Bancarias o Comerciales

4. Referencia de los Principales Proveedores						
Nombre del Proveedor			Teléfono		Tiempo de la Relación Comercial	

5. Seguros con otra compañía	
Ramo	Nombre del Compañía de Seguros

6. Especificación del Riesgo		
I. Datos de la aeronave		
Marca y Modelo		Tipo de Aeronave
Año de Construcción	No. De Serie de Fábrica	Matrícula
Categoría del Certificado de Aeronavegabilidad		
Pasajeros Autorizados, excluyendo Tripulación		No. De Pasajeros
Fecha de Adquisición	Nuevo o Usado	
Valor de Compra	Valor Actual	
Se han modificado las características de Fábrica?: Si ☐ No ☐		
Sí es afirmativo, explicar:		
Equipo Extra para asegurar:		
Datos de los Motores		
Cuántos?		Marca y Caballos de Fuerza
Horas de vuelo después de la última revisión y/o reparación (overhaul) Motor:		
No. 1 _____ No. 2 _____ No. 3 _____ No. 4 _____		

7. Datos del Piloto						
No.	Nombre	Clase de Licencia	Horas de vuelo			Accidentes
			Totales	Tipo de Avion	Ultimos 90 días	
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

Detallar causas de los Accidentes:

Otras informaciones:

8. Otra Informacion	
Especifique el Uso de la Aeronave: _____	
A) Negocio y placer:	
Significa que la aeronave se utilizará para fines estrictamente personales del Asegurado y usualmente es él quien lo tripula sin dedicarlo a actividades lucrativas.	
B) Ayuda Industrial	
Es similar al anterior, salvo que el Asegurado es una Empresa o Institución que utiliza la aeronave para transporte de sus ejecutivos, invitados, supervisores de sucursales foráneas y desde luego, tal utilización será sin fines de lucro.	
C) Comercial Limitada _____ Comercial _____	
Este uso es fundamentalmente con fines de lucro, destinandose la aeronave al transporte de pasajeros y/o carga. Se denomina "Comercial Limitada", cuando su utilización es solo dentro del area de un país y "Comercial" cuando su utlizacionón es dentro del area de un país e internacional. En ambos casos el servicio de la aeronave queda sujeto a itinerarios fijos y a utilización de aeropuestos que reunan factores amplios de seguridad.	
D) Otros (Especificar uso) : _____	
Esta clasificación comprende: Aero-Taxis, Fleteros (Charters), Aeroclubs, Fotografía Aérea, Fumigación, Publicidad, Renta, Ambulancias, Misioneros, etc.	

9. Area Territorial	
Cubierta:	

10. Aeropuerto donde tiene su sede

Clase de Hangar:

El Asegurado es el único e incondicional propietario? Si ☐ No ☐

En caso de no ser así, indicar nombre del propietario.

Si existe gravamen especificar:	Importe _____	Nombre y Dirección del Acreedor _____
---------------------------------	---------------	---------------------------------------

Cláusula de Garantía requerida _____

Seguro Solicitado

Coberturas	Suma Asegurada	Prima
1.- Daños a la Aeronave		
2.- Responsabilidad Civil - Propiedad de Terceros		
3.- Responsabilidad Civil - Personas		
4.- Responsabilidad Civil por Accidentes Pasajeros		
5.- Gastos Médicos - Asegurado y Ocupantes		

8. Detalle de prima del seguro y convenio de pagos

Descripción	Monto de Prima	Convenio de pagos	
Prima Neta		No. De pagos	Frecuencia de Pago
Impuesto Sobre Ventas			
Gastos de Emisión		Primer pago de	y Pagos de
Prima total			

No obstante el convenio de pagos especiales arriba indicado, la Compañía se reserva el derecho de exigir al Asegurado el pago total del saldo pendiente al ocurrir un siniestro total o parcial, amparado conforme las Condiciones Generales de la Póliza.

9. Beneficiarios de la Póliza

Nombre del Beneficiario		No. Identificación	Parentesco	Porcentaje
1)				
2)				
3)				
4)				
5)				
Total Designado				

10. Vigencia del Seguro:

Desde: ____/____/____ a las 12:00 del mediodía **Hasta:** ____/____/____ a las 12:00 del mediodía
Día Mes Año Día Mes Año

Agravación del Riesgo: El Asegurado deberá comunicar a La Compañía las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las veinticuatro horas (24) horas siguientes al momento en que las conozca, a efecto de que ésta fije la sobreprima que pueda resultar en caso de aceptación del riesgo agravado. Si el Asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de La Compañía en lo sucesivo, responsabilidad que concluirá quince (15) días después de comunicar tal decisión al Asegurado.

El Seguro entrará en vigor al ser aprobada y emitida esta solicitud por Seguros Lafise Honduras, S.A.

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 esta solicitud es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente.

3. Acepto el hecho que de demostrarse falso testimonio de la información aquí presentada, la Compañía de Seguros está facultada a dar por terminado la relación según se indica en el artículo 1141 del Código de Comercio, sin que esto implique responsabilidad alguna de la Compañía Aseguradora frente al asegurado.

4. Hago constar que conozco, doy fe de haber leído, entendido y que por tanto acepto todas y cada una de las condiciones generales y especiales que forman parte de la póliza.

Autorizo a Seguros Lafise Honduras, Sociedad Anónima (Seguros Lafise, S.A.) para verificar, por cualquier medio legal, toda la información que he proveído para efectos de las relaciones o seguros que sustentan esta solicitud.

COMO CONSTANCIA DE HABER LEIDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACION QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO LA PRESENTE SOLICITUD.

Lugar y Fecha:

Firma del Solicitante o Del Representante Legal:

Nombre del Intermediario: _____ **% De Comisión:** _____

No. Registro CNBS: _____ **Firma del Intermediario:** _____

Nombre del Sub Agente: _____ Nombre del Promotor: _____

Mercado:

Revisado por: _____ Fecha de Revisión: _____

Aprobado por: _____ **Fecha de Aprobación:** _____

Observaciones: