

2. Datos Generales de Persona Jurídica

Denominación Social

Nombre Comercial

Registro Mercantil Matricula No. Inscripción con Presentación No.

No. Identificación Tipo de identificación: R.T.N. Otra.

Fecha de Constitución Lugar de Constitución

País Origen Países en que opera

Actividad: Agrícola Civil Comercial Construcción Religiosa Entidad Pública
 Industrial Servicios Servicios Financieros Turismo Transporte Otra

Explicar Actividad /Giro del Negocio

Tipo de Empresa: Publica 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

Dirección de Cobro de la Empresa

Barrio / Colonia Avenida Calle

Bloque No. Casa / Edificio No. Municipio

Departamento País

Otras referencias

Contacto

Tel. Empresa 1 Correo Electrónico

Tel. Empresa 2 Página Web

Fax Nombre del contacto

Composición Accionaria:

Nombre del Accionista	No. Identificación	Es PEP'S?	% de Acciones	Monto Acciones
		Si___ No___		
			Total Acciones	

Especificar Beneficiario Final o Controlante de la Sociedad

Miembros de la Junta Directiva

Nombre Completo	No. Identificación	Cargo en la Junta

NOTA: Si la información es mayor a las líneas disponibles para describir, favor adjuntar la información en documento aparte. Establecer la estructura de acciones "Al Portador", cuando aplique.

3. Referencias Bancarias o Comerciales

Nombre de la Institución	Teléfono	Tiempo de la Relación Comercial

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. Ubicación de la Embarcación		
I. Ubicación del Bien		
Barrio / Colonia	Avenida	Calle
Bloque No.	Casa / Edificio No.	Municipio
Departamento	País	
Puerto/Muelle		
Otras referencias de la dirección		

7. Uso de la Embarcacion	
El barco sera utilizado para:	Bandera:
Fecha de la última inspeccion en dique seco:	No. de licencia:

8. Datos de la embarcacion		
Nombre del Propietario:		
Valor del Barco:		
Nombre del barco:	Registrado en:	
Construido en:	Año de Construccion:	
Material del Casco:	Tonelaje Bruto:	Tonelaje Neto:
Dimensiones:	Manga:	Puntal:
Marca del Motor:	Fuerza Motor:	Matricula:
Descripcion de la maquinaria de propulsion:		
1. Nombre del Capitàn que exclusivamente podrá navegar el barco:		
Licencia No:	Fecha de Otorgamiento:	
Bandera:	Experiencia:	
2. Nombre del Capitàn que exclusivamente podrá navegar el barco:		
Licencia No:	Fecha de Otorgamiento:	
Bandera:	Experiencia:	
Limites geograficos de Navegacion:		
Puerto Base:		

9. Bienes y Riesgos por Asegurar		
No.	Descripcion	Suma Propuesta (L ó \$)
1	Casco	
2	Maquinaria, motores y todo cuanto con ello este relacionado	
3	Responsabilidad Civil Limite Unico y Combinado	
Total		

10. Especificacion de Coberturas			
No.	Descripcion	Amparado/Excluído	Tasa por ciento (%)
A	Casco (Perdida total,real o implicita)		
B	Gastos de salvamento y averia gruesa		
C	Averia particular(Perdidas Parciales)		
D	Abordaje (Colisiones)		

11. Otras Cláusulas Especiales

12. Resumen			
No.	Detalle	Tasa por ciento (%)	Valor de Prima
		Prima Neta	
		Impuesto	
		Gastos de Emision	
		Prima Total	

13. Deducible			

14. 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:

- 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.
- La información que he suministrado en esta solicitud es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente.
- 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

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: _____
