

SOLICITUD DE SEGURO DE MAQUINARIA Y EQUIPO DE CONTRATISTAS

Tipo de Persona: Natural Jurídica Comerciante Individual

Para Uso Exclusivo de la Compañía					
Tipo Relación/Rol:	<input type="radio"/> Contratante <input type="radio"/> Afianzado <input type="radio"/> Asegurado <input type="radio"/> Acreedor <input type="radio"/> Reasegurador <input type="radio"/> Intermediario <input type="radio"/> Beneficiario <input type="radio"/> Apoderado <input type="radio"/> Proveedor <input type="radio"/> Corredor de Reaseguro <input type="radio"/> Otro. _____				
ID Cliente	<input type="text"/>	Categoría Riesgo	<input type="text"/>	Cliente:	<input type="radio"/> Nuevo <input type="radio"/> Existente
ID Acreedor	<input type="text"/>	Categoría Riesgo	<input type="text"/>	Cliente:	<input type="radio"/> Nuevo <input type="radio"/> Existente
No. Trámite	<input type="text"/>	No. Oferta	<input type="text"/>	No. Póliza	<input type="text"/>

1. Datos Personales del Asegurado o del Representante Legal

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

Dirección de Domicilio

Barrio / Colonia <input type="text"/>	Avenida <input type="text"/>	Calle <input type="text"/>
Bloque No. <input type="text"/>	Casa / Edificio No. <input type="text"/>	Municipio <input type="text"/>
Departamento <input type="text"/>	País <input type="text"/>	
Otras referencias de la dirección <input type="text"/>		

Contacto Directo con el (la) Solicitante del Seguro

Tel. Casa <input type="text"/>	Correo Personal <input type="text"/>
Celular <input type="text"/>	Forma de Contacto: <input type="radio"/> Tel. Casa <input type="radio"/> Celular <input type="radio"/> Correo electrónico
Autoriza a Seguros LAFISE a enviar información a mi correo electrónico? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	

Datos del Cónyuge

Apellidos <input type="text"/>	Nombres <input type="text"/>
Teléfono Casa <input type="text"/>	No. Identificación <input type="text"/>
Celular <input type="text"/>	Correo Electrónico <input type="text"/>
Ocupación Actual <input type="text"/>	Profesión <input type="text"/>
¿Trabaja? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	
Lugar de Trabajo <input type="text"/>	Teléfono <input type="text"/>
Dirección de Trabajo <input type="text"/>	

Datos laborales (Actividad Económica)

Nombre Empresa <input type="text"/>	Explicar <input type="text"/>
Tipo de Actividad <input type="text"/>	Origen de Fondos <input type="text"/>
Ámbito de Negocio <input type="text"/>	Fecha Ingreso <input type="text"/>
Cargo o Posición <input type="text"/>	

Dirección del Trabajo de asegurado o Representante Legal

Barrio / Colonia <input type="text"/>	Avenida <input type="text"/>	Calle <input type="text"/>
Bloque No. <input type="text"/>	Casa/Edificio No. <input type="text"/>	Municipio <input type="text"/>
Departamento <input type="text"/>	País <input type="text"/>	
Tel. Empresa <input type="text"/>	Correo Electrónico Trabajo <input type="text"/>	

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 <input type="text"/>	Nombres <input type="text"/>
No. Identificación <input type="text"/>	Tipo de Dependencia <input type="radio"/> Tutor <input type="radio"/> Representante Legal
Tipo Identificación: <input type="radio"/> Cédula <input type="radio"/> Pasparte <input type="radio"/> Residencia	Origen de Ingresos <input type="text"/>
Actividad Económica <input type="text"/>	Ocupación <input type="text"/>

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: 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

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 ___		
		Si ___ No ___		
		Si ___ No ___		
		Si ___ No ___		
		Si ___ No ___		
		Si ___ No ___		
		Si ___ No ___		
		Si ___ No ___		
		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. Especificación del Riesgo	
I. Ubicación de los bienes a Asegurar	
Barrio / Colonia <input type="text"/>	Avenida <input type="text"/> Calle <input type="text"/>
Bloque No. <input type="text"/> Casa / Edificio No. <input type="text"/>	Municipio <input type="text"/>
Departamento <input type="text"/>	País <input type="text"/>
Otras referencias de la dirección <input type="text"/>	
Contacto	
Fax <input type="text"/>	Correo Electrónico <input type="text"/>
Apdo.Postal <input type="text"/>	Sitio Web <input type="text"/>
Indicar si los predios donde se encuentran los bienes son:	
a) Terreno Plano <input type="checkbox"/> b) Terreno con Ondulaciones <input type="checkbox"/> c) Terreno Montañoso <input type="checkbox"/> d) Otros <input type="checkbox"/>	
Especificar: _____	
Indicar si el responsable de conducir el equipo o la máquina tiene mas de un año de experiencia en el manejo de esos equipos. Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Indicar el número de horas que trabajará diariamente el Equipo: _____
Indicar si los equipos por asegurar:	
A) ¿ Han estado asegurados anteriormente? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	En caso afirmativo indique para qué equipos y en que compañía?
B) ¿ Han sufrido daños durante los últimos tres años? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Describa brevemente los daños: _____	
Indicar si existe un plan de mantenimiento para el equipo Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Indicar si el equipo en el transcurso del seguro trabajará en diferentes lugares. Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Indique en que lugares: _____	
Además de la cobertura del seguro normal cuáles otras coberturas adicionales desea usted obtener:	
a) Huelga, motín conmoción civil <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Gastos extra-ordinarios por horas Extras, trabajo nocturno, trabajo en días feriados, Flete expreso <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Otros : _____	
Indicar si para el traslado terrestre el asegurado cuenta con equipo mecánico especializado Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Si es afirmativo con ¿ que cuenta? _____	
Si la respuesta anterior fue negativa, con que compañías contrata los traslados del equipo: _____	
Indicar si el equipo y la maquinaria a asegurar están en parte o totalmente alquilados: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
En caso afirmativo, ¿para qué posiciones de la relación de maquinaria y en qué Compañías? _____	
Indicar si el equipo y maquinaria están expuestos en forma extraordinaria a riesgos especiales:	
<input type="checkbox"/> Incendio, Explosión	<input type="checkbox"/> Terremotos, volcanismo, maremotos
<input type="checkbox"/> Huracán, Ciclón	<input type="checkbox"/> Avenida, Inundación
<input type="checkbox"/> Derrumbes	<input type="checkbox"/> Uso de explosivos
<input type="checkbox"/> Labores de montaña	<input type="checkbox"/> Labores subterráneas
<input type="checkbox"/> Otros	
Indicar si desea que la cobertura incluya gastos adicionales, para Horas extras, trabajo nocturno, trabajo en días festivo Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Límite de indemnización para tales gastos _____	
Indicar si desea asegurar el transporte dentro del país: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, especificar: _____	
Valor máximo por cada medio de transporte _____	

