

SOLICITUD DE SEGURO CONTRA DISTURBIOS CIVILES, TERRORISMO Y GUERRA

Tipo de Persona: Natural Jurídica Comerciante Individual

Para Uso Exclusivo de la Compañía			
Tipo Relación/Rol: <input type="checkbox"/> Contratante <input type="checkbox"/> Afianzado <input type="checkbox"/> Asegurado <input type="checkbox"/> Acreedor <input type="checkbox"/> Reasegurador <input type="checkbox"/> Intermediario <input type="checkbox"/> Beneficiario <input type="checkbox"/> Apoderado <input type="checkbox"/> Proveedor <input type="checkbox"/> Corredor de Reaseguro <input type="checkbox"/> Otro _____			
ID Cliente	<input type="text"/>	Categoría Riesgo	<input type="text"/>
Cliente: <input type="checkbox"/> Nuevo <input type="checkbox"/> Existente			
ID Acreedor	<input type="text"/>	Categoría Riesgo	<input type="text"/>
Cliente: <input type="checkbox"/> Nuevo <input type="checkbox"/> 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"/>		Lugar de Nacimiento <input type="text"/>	
Edad <input type="text"/>			
Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero (a) <input type="checkbox"/> Casado (a) <input type="checkbox"/> Divorciado (a) <input type="checkbox"/> Viudo (a)			
No. Identificación <input type="text"/>		No. R.T.N. <input type="text"/>	
Tipo Identificación: <input type="checkbox"/> Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Si su repuesta 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="checkbox"/> Tel. Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Correo electrónico	
Autoriza a Seguros LAFISE a enviar información a mi correo electrónico? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> 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"/>			
Tipo de Actividad <input type="text"/>		Explicar <input type="text"/>	
Ámbito de Negocio <input type="text"/>		Origen de Fondos <input type="text"/>	
Cargo o Posición <input type="text"/>		Fecha Ingreso <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: <input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> Temporal Moneda de ingresos: <input type="checkbox"/> Lempiras <input type="checkbox"/> Dólares <input type="checkbox"/> Euros			
Nivel aproximado de Ingresos según el salario mínimo mensual vigente (SMMV) <input type="checkbox"/> De 0-3 <input type="checkbox"/> De 4-6 <input type="checkbox"/> De 7-10 <input type="checkbox"/> De 11-20 <input type="checkbox"/> De 21-50 <input type="checkbox"/> De 50 en adelante			
Actividad: <input type="checkbox"/> Ama de Casa <input type="checkbox"/> Asalariado <input type="checkbox"/> Comercian Individual <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Negocio Propio <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Renta de Bienes <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> Otra _____			
Origen de Fondos: <input type="checkbox"/> Ahorro <input type="checkbox"/> Empresa <input type="checkbox"/> Honorarios Legales <input type="checkbox"/> Pensión <input type="checkbox"/> Salario <input type="checkbox"/> Dependientes <input type="checkbox"/> Herencia <input type="checkbox"/> Negocio Propio <input type="checkbox"/> Jubilación <input type="checkbox"/> Renta de Bienes <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Representante Legal	
Tipo Identificación: <input type="checkbox"/> Cédula <input type="checkbox"/> Pasparte <input type="checkbox"/> 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: Publica Privada Otra

Localidad Económica: Local Nacional Centro 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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
			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. Referencias Personales

Nombre completo	Teléfono	Domicilio

6. Referencias Laborales

Nombre de la empresa	Años de Laborar	Puesto

7. Seguros con otra compañía

Ramo	Nombre de Compañía de Seguros

8. Especificación del Riesgo

I. Cesionario

¿Existe algún gravamen sobre el (los) bien (es)? Si No A favor de: _____

Compañía con la que está (n) o ha (n) estado asegurado (s) su (s) bien (es): _____ Alguna vez le han negado un seguro o prórroga del mismo Si No

Compañía que se lo negó _____

II. Descripción del bien asegurable

Bienes a Asegurar	Suma Solicitada
1. Edificio	
2. Maquinaria y Equipos Industriales	
3. Instalaciones	
4. Existencia	
5. Suministros	
6. Mejoras	
7. Mobiliarios	
8. Efectos Personales	
9. Vehículos	
10. Ductos, Líneas de Transmisión y Distribución	
11. Otros bienes (Especificar)	
Totales	

III. Ubicación del Riesgo

Colonia/Barrio _____ Avenida _____

Calle _____ Bloque _____

Casa/Edificio No. _____ Municipio _____

Departamento _____ País _____

Otras referencias _____

IV. Descripción de la Edificación y/o sus contenidos

Descripción	Tipo de paredes	Estructura	Estructura de Techos	Puertas	Techo	Piso	Cielo Razo	Ventanas
No. De Pisos	Concreto <input type="checkbox"/>	Metal <input type="checkbox"/>	Metal <input type="checkbox"/>	Madera <input type="checkbox"/>	Zinc <input type="checkbox"/>	Ladrillo <input type="checkbox"/>	Aislete <input type="checkbox"/>	Madera <input type="checkbox"/>
Año de construcción	Madera <input type="checkbox"/>	Madera <input type="checkbox"/>	Madera <input type="checkbox"/>	Vidrios <input type="checkbox"/>	Asbesto <input type="checkbox"/>	Mosaico <input type="checkbox"/>	Nicalit <input type="checkbox"/>	Vidrio <input type="checkbox"/>
Área construida	Bloque <input type="checkbox"/>	Concreto <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>	Concreto <input type="checkbox"/>	Baldosas <input type="checkbox"/>	Madera <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>
Nivel donde están los bienes	Ladrillo <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>			Otros <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>	
	Otros <input type="checkbox"/>							

V. Tipo de Riesgo

Oficina <input type="checkbox"/>	Tienda <input type="checkbox"/>	Bodega <input type="checkbox"/>	Residencia <input type="checkbox"/>	Detalle la actividad específica o giro del riesgo
Ferretería <input type="checkbox"/>	Supermercado <input type="checkbox"/>	Escuela o colegio <input type="checkbox"/>	Restaurante <input type="checkbox"/>	
Farmacia <input type="checkbox"/>	Imprenta <input type="checkbox"/>	Beneficio <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>	

VI. Medidas y condiciones de seguridad y/o prevención

1. ¿Existen medidas de prevención contra incendio? Si No

2. ¿Tiene hidrantes? Si No Propios Públicos

3. ¿A qué distancia? Metros _____ ¿Tiene extintores? Si No

4. ¿Cuántos? _____ ¿De qué clase? _____ ¿Están vigentes? Si No

5. Otros medios de prevención y extinción de incendios de los que dispone: _____

6. ¿A qué distancia se encuentra el Cuerpo de Bomberos? _____

7. ¿Tiene vigilancia? Si No ¿Propia? Si No ¿Fuera del local? Si No

8. ¿Cuántos vigilantes? _____ ¿Son vigilantes del solicitante? Si No

9. ¿Qué tipo de armas utilizan? _____

10. ¿Quién cuida durante toda la noche y días festivos, tanto interior como exteriormente? _____

11. ¿Queda solo el local en algún momento? Si No

12. ¿En el día? Si No ¿En la noche? Si No ¿Más de un día? Si No

VII. Materias peligrosas

1. ¿Hay existencia de productos inflamables? Si No

2. ¿De qué clase? _____ ¿En dónde se depositan? _____

3. ¿Qué porcentaje representa su valor en proporción al valor total de las mercaderías en existencia? _____

4. La existencia de inflamables, ¿es inherente a la actividad ejercida por los ocupantes del edificio? Si No

9. Descripción de Coberturas, Límites de Sumas Aseguradas, Primas, Deducibles y Coaseguros		
Tipo de Poliza	<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Colectiva	Moneda: <input type="checkbox"/> Lempiras <input type="checkbox"/> Dólares
Descripción de Cobertura	Amparado	Excluido
1. Actos de terrorismo o sabotaje		
2. Daños maliciosos		
3. Disturbios, huelgas, conmoción civil, tumulto popular		
4. Rebelión, Revolución, golpe de estado, insurrección o amotinamiento		
5. Guerra, guerra civil, invasión, actos de enemigos extranjeros y actos hostiles.		
10. Detalle de prima del seguro y convenio de pagos		
Descripción	Monto de Prima	Convenio de pagos
Prima Neta		FORMA DE PAGO: Queda establecido que la prima total de la fianza será en un solo pago. En caso de convenir forma de pago diferente especificar:
Impuesto Sobre Ventas		
Gastos de Emisión		
Prima Total		
	<input type="checkbox"/> Pago anticipado	<input type="checkbox"/> Pago contra entrega de la Fianza
11. Beneficiarios de la Póliza		
Nombre del Beneficiario		No. Identificación
1.		
12. Vigencia del Seguro:		
Desde: _____ a las 12:00 del mediodía	Hasta: _____ a las 12:00 del mediodía	
Día Mes Año	Día Mes Año	
<p>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.</p> <p>El Seguro entrará en vigor al ser aprobada y emitida esta solicitud por Seguros Lafise Honduras, S.A.</p> <p>Declaro expresamente que:</p> <p>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.</p> <p>2. La información que he suministrado en esta solicitud es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>COMO CONSTANCIA DE HABER LEIDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO LA PRESENTE SOLICITUD.</p>		
<p>Lugar y Fecha: _____</p> <p>Firma del Solicitante o Del Representante Legal: _____</p> <p>Nombre del Intermediario: _____ % De Comisión: _____</p> <p>No. Registro CNBS: _____ Firma del Intermediario: _____</p> <p>Nombre del Sub Agente: _____ Nombre del Promotor: _____</p> <p>Mercado: _____</p> <p>Revisado por: _____ Fecha de Revisión: _____</p> <p>Aprobado por: _____ Fecha de Aprobación: _____</p> <p>Observaciones:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>		