

SOLICITUD DE SEGURO DE INCENDIO CRÉDITO RESIDENCIAL

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 respuesta 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

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 ____		
			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 del Bien

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

II. Sobre los bienes a asegurar

Nombre del propietario del edificio que contiene los bienes por asegurar
Nombre de propietario de los bienes por asegurar:

III. Descripción de la Edificación

Tipo de Construcción: Maciza Madera Superior **Tipo de Bien:** Casa de Habitación Edificio Contenido
Año de Construcción: Actividad Area de Construcción mts²
Tipo de Fachada: Concreto Concreto, Madera y Metal Madera Metal
Tipo de Pared Estructura Pared
Tipo Techo Estructura Techo
Tipo Cielo Raso Entrepiso:
Tipo de Piso No. de Pisos

IV. Colindancias

Al Norte
Al Sur
Al Este
Al Oeste

V. Información Adicional

¿Existe Algún Gravamen Sobre el Bien? Si No
A Favor de:
¿Se depositan sustancias inflamables dentro del edificio? Si No
Explique los tipos de Sustancias
¿Alguna vez le han negado un seguro de incendio o prórroga? ¿Por qué? Si No
¿Quién se lo negó?
¿Ha tenido algún tipo de siniestro en los últimos años? Si No
¿A cuánto ascendió la pérdida? Causas
¿Se han hecho cambios en el inmueble después del siniestro? Si No
Descríbelos
¿Los bienes aquí descritos están o han estado asegurados con otra compañía de seguros? Si No
¿Cuándo? ¿Suma Asegurada?
¿Con qué Compañía?

