

SOLICITUD DE SEGURO PARA INCENDIO MULTIRIESGO

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

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:

[illegible]

Total Acciones

Especificar Beneficiario Final o Controlante de la Sociedad

Miembros de la Junta Directiva

[illegible]

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. Elaborar cesion de derechos a favor de :											
							Hasta la Suma De:				
Dirección del Cesionario							Teléfono/Fax				
7. Ubicación de los bienes a asegurar											
Barrio / Colonia				Avenida				Calle			
Bloque No.				Casa/Edificio No.				Municipio			
Departamento				País							
Teléfono				Correo Electrónico							
Otras referencias											
Elaborar croquis del bien o bienes a asegurar											
8. Especificaciones del Riesgo											
Coberturas										Amparado/Excluido	
A. Incendio y/o Rayo (Cobertura Básica)										Amparado	
1. Terremoto, Temblor y/o Erupción Volcánica											
2. Extensión de Cobertura (Caída de Naves, Explosión, Huracán, Tornado, Vientos Tempestuosos y/o Granizo)											
3. Inundación											
4. Pillaje o Saqueo en Caso de Catástrofe Natural											
5. Tumultos Populares, Disturbios Laborales, Huelgas, Paros y Daño Malicioso											
B. Robo											
C. Responsabilidad Civil											
D. Transporte											
E. Equipo Electronico											
F. Rotura de Mquinaria											
G. Otros											
9. Detalle de sumas asegurada											
Descripcion										Suma a asegurar	
1. Edificio											
2. Mejoras e instalaciones											
3. Contenido											
a) Menaje de casa											
b) Mobiliario y Equipo de Oficina											
c) Maquinaria y Equipo de Negocio											
d) Mercadería en Tienda											
e) Mercadería en Bodega											
f) Materia Prima											
g) Producto Terminado											
h) Producto en Proceso											
4. Rentas: Renta Mensual _____ Período Asegurar _____ meses											
5. Cristales (Adjuntar Detalle)											
6. Rótulos											
7. Bienes Propiedad de Terceros bajo la Custodia del Asegurado											
8. Interrupción de Negocios - Período a Indemnizar _____ meses											
Sub-limite	a) Pérdida de Utilidades _____										
	b) Gastos Generales Fijos _____										
	c) Sueldos y Salarios _____										
9. Otros (especifique)											
Total Suma Asegurada											
Prima Neta											
Otros Recargos											
Impuestos											
Gastos de Emisión											
Prima Total											

10. Sobre los bienes por asegurar

Dueño del Edificio que Contiene los Bienes por Asegurar:

Dueño de los Bienes por Asegurar:

11. Descripcion del Edificio

Paredes

Entrepisos

Techos

No.Pisos

¿Muro Perimetral?

Si☐No☐

¿Electricidad Entubada?

Si☐No☐

12. Proteccion y Seguridad

a. Detectores de Humo e Incendio

Sí☐No☐

b. Rociadores Automáticos

Sí☐No☐

c. Extintores de Gas Carbónico

Sí☐No☐

d. Extintores de Agua

Sí☐No☐

e. Extintores de Polvo Químico

Sí☐No☐

f. Rondas de Seguridad Fuera de Horas Normales

Sí☐No☐

g. Acceso Restringido

Sí☐No☐

h. Rótulos de No Fumar

Sí☐No☐

13. Colindancias

Al Norte

Al Sur

Al Este

Al Oeste

14. Informacion Adicional

a) ¿Le han rechazado o cancelado algún seguro sobre estos bienes?

Si☐No☐

Explique

b) ¿Los bienes aquí descritos están o han estado asegurados con otra compañía de seguros?

Si☐No☐

¿Cuándo? ¿Suma Asegurada? ¿Con qué Compañía?

c) ¿Existe gravamen hipotecario sobre el bien asegurado?

Si☐No☐

¿A favor de quién?

d) ¿Se depositan sustancias inflamables dentro del edificio?

Si☐No☐

Explique el tipo de sustancia:

e) Escriba los nombres de los principales ejecutivos, directivos y socios de la empresa

f) ¿Ha tenido algún siniestro en los últimos 3 años?

Si☐No☐

¿A cuánto ascendió la pérdida?

Causas:

¿Se han hecho cambios en el inmueble después del siniestro?

Descríbalos:

g) Nombre del Contador General

Número de Colegiación

15. Detalle de prima del seguro y convenio de pagos

Descripción

Monto de Prima

Convenio de pagos

Prima Neta

No. De pagosFrecuencia de Pago

Impuesto Sobre Ventas

Primer pago de y Pagos de

Gastos de Emisión

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.

16. Beneficiarios de la Póliza

Nombre del Beneficiario

No. Identificación

Parentesco

Porcentaje

1)

2)

3)

4)

5)

Total Designado

Este producto fue autorizado y registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros mediante Resolución No. 1866/09-12-2009 y modificada mediante Resolución 272/08-02-2010 y No. 9417/07-02-2010

17. Vigencia del Seguro:

Desde:

a las 12:00 del mediodía

Hasta:

a las 12:00 del mediodía

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 AXACTA 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:

Este producto fue autorizado y registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros mediante Resolución No. 1866/09-12-2009 y modificada mediante Resolución 272/08-02-2010 y No. 9417/07-01-2015

Página 15 de 15