

## SEGURO PARA AUTOMÓVILES SOLICITUD DE SEGURO

**Tipo de Persona:**     Natural     Jurídica     Comerciante Individual

Para Uso Exclusivo de la Aseguradora					
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"/>
<b>Sexo:</b> <input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Masculino <b>Estado Civil:</b> <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"/>	
<input type="text"/> Otras referencias de la dirección		

**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="radio"/> Local <input type="radio"/> Nacional <input type="radio"/> Multinacional	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"/> Pasaporte <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___		
			<b>Total Acciones</b>	

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 Aseguradora	
Ramo	Nombre del Compañía de Seguros

  

6. Especificación del Riesgo						
<b>I. Datos del Vehículo</b>						
Marca <input type="text"/>	Tipo <input type="text"/> Modelo <input type="text"/> Año <input type="text"/> Placa <input type="text"/>					
Color <input type="text"/> No. Serie <input type="text"/>	No. Motor <input type="text"/> No. Vin <input type="text"/>					
No. Cilindros <input type="text"/>	Tipo de Transmisión: <input type="radio"/> Mecánica <input type="radio"/> Automática Tipo de Combustible: <input type="radio"/> Gasolina <input type="radio"/> Diesel <input type="radio"/> Otro					
Capacidad: <input type="radio"/> Personas <input type="radio"/> Toneladas <input type="text"/>	Uso del Vehículo <input type="text"/>					
<b>Equipo Especial</b>						
<input type="radio"/> Antena Manual <input type="radio"/> Radio <input type="radio"/> Ecualizador <input type="radio"/> Spoilers <input type="radio"/> Faros de Niebla <input type="radio"/> Camper <input type="radio"/> Parrilla <input type="radio"/> Reloj <input type="radio"/> CD Player/ Casetera <input type="radio"/> Aire Acondicionado <input type="radio"/> Otros (Especifique): <input type="text"/>						
Estado en que lo Adquirió: <input type="radio"/> Nuevo <input type="radio"/> Usado Fecha de Adquisición <input type="text"/> Vehículo con Dispensa Fiscal <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No						
Velor del Vehículo: Con Dispensa <input type="text"/> Con Impuesto <input type="text"/>						
¿Existe Algún Gravamen Sobre el Vehículo? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No A favor de: <input type="text"/>						
Uso del vehículo: <input type="radio"/> Particular <input type="radio"/> Trabajo <input type="radio"/> Alquiler <input type="radio"/> Diplomático <input type="radio"/> Misión Internacional <input type="radio"/> Otra (Especifique): <input type="text"/>						
Utiliza el vehículo en su Ocupación <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No						
<b>II. Información Adicional</b>						
Aseguradora con la que está(n) o ha(n) estado asegurado(s) su(s) vehículo(s)						
¿Alguna vez le han negado un seguro de vehículo o prórroga? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No ¿Por qué? <input type="text"/>						
¿Qué compañía se lo negó? <input type="text"/>						
¿El vehículo será manejado por personas cuya licencia tiene menos de un año de ser extendida? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No						
¿Manejarán el vehículo personas menores de 21 y mayores de 65 años de edad? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No Desea la Cobertura? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No						
Nombre completo <input type="text"/>						
No. Identificación <input type="text"/>	Fecha Nacimiento <input type="text"/> Edad <input type="text"/>					
Tipo de Licencia: <input type="radio"/> Liviana <input type="radio"/> Pesada <input type="radio"/> Motocicleta Tipo de Cobertura de la Licencia: <input type="radio"/> Nacional <input type="radio"/> Internacional						
7. Descripción de Coberturas, Límites de Sumas Aseguradas, Primas, Deducibles y Coaseguros						
Tipo de Póliza: <input type="radio"/> Individual <input type="radio"/> Colectiva		Moneda: <input type="radio"/> Lempiras <input type="radio"/> Dólares				
Descripción	Suma Asegurada	% Deducible	Monto Deducible	% Coaseguro		
A. Colisiones y/o Vuelcos Accidentales						
B.1. Incendio, Rayo y/o Auto ignición	<input type="radio"/> Amparado					
B.2. Robo Total del Automóvil	<input type="radio"/> Amparado					
B.3. Huelgas y Alborotos Populares	<input type="radio"/> Amparado					
C. Responsabilidad Civil Daños a Terceros en sus Bienes						
D. Responsabilidad Civil Daños a Terceros en sus Personas. Límite por persona <input type="text"/>						
E. Rotura de Cristales	<input type="radio"/> Amparado					
F. Equipo Especial (detallarlo)	<input type="radio"/> Amparado					
G. Fenómenos Naturales y Explosión	<input type="radio"/> Amparado					
H. Extensión Territorial <input type="radio"/> Honduras <input type="radio"/> C. América y Panamá	<input type="radio"/> Amparado					
I. Gastos Médicos. Límite por Ocupante <input type="text"/>						
J. Seguro de Ocupantes Límite por persona						
J.1 Muerte Accidental <input type="text"/>						
J.2 Incapacidad Total y Permanente <input type="text"/>						
Riesgos que pueden ser cubierto mediante convenio expreso:						
1. Los siniestros que ocurran mientras el vehículo asegurado sea manejado por menores de 21 años o mayores de 65 años, a no ser que se haya pactado lo contrario						
2. Los daños materiales causados a los aditamentos de los cristales, como ser, polarizados y otros, salvo que se haya pactado lo contrario. 3. Los daños causados a carrocerías.						
Cobertura de Menor de Edad	<input type="radio"/> Amparado <input type="radio"/> Excluido					
Cobertura de Mayor de Edad	<input type="radio"/> Amparado <input type="radio"/> Excluido					
DEDUCIBLES Y COASEGUROS PARA PÓLIZAS COLECTIVAS						
TIPO DE VEHICULO:	% Deducible		% Coaseguro		% Deducible	
Riesgos	% Deducible	% Coaseguro	% Deducible	% Coaseguro	% Deducible	% Coaseguro
A, B1, B3, G: Pérdida Parcial						
B2. Robo Total						
C. Daños a Terceros Bienes						
D. Daños a Terceros Personas						
E. Rotura de Cristales						
F. Equipo especial						
H. Extensión C.A. y Panamá						

8. Detalle de prima del seguro y convenio de pagos			
Descripción	Monto de Prima	Convenio de pagos	
Prima Bruta		No. De pagos _____	Frecuencia de Pago _____
Descuentos			
<b>Recargos:</b>		Primer pago de _____	y Pagos de _____
Cobertura de Menor de Edad			
Cobertura de Mayor de Edad			
Extra Ocupante			
<b>Prima Neta</b>		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.	
Impuesto Sobre Ventas			
Gastos de Emisión			
<b>Prima total</b>			
9. Beneficiarios de la Póliza			
Nombre del Beneficiario	No. Identificación	Parentesco	Porcentaje
1)			
2)			
3)			
4)			
5)			
			<b>Total Designado</b>
10. Vigencia del Seguro:			
<b>Desde:</b> ____/____/____ a las 12:00 del mediodía		<b>Hasta:</b> ____/____/____ a las 12:00 del mediodía	
Día	Mes	Año	Día Mes Año

**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 Aseguradora frente al asegurado.
- 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 EXACTA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO LA PRESENTE SOLICITUD.**

<b>Lugar y Fecha:</b> _____	
<b>Firma del Solicitante o Del Representante Legal:</b> _____	
<b>Nombre del Intermediario:</b> _____	<b>% De Comisión:</b> _____
<b>No. Registro CNBS:</b> _____	<b>Firma del Intermediario:</b> _____
<b>Nombre del Sub Agente:</b> _____	<b>Nombre del Promotor:</b> _____
<b>Mercado:</b> _____	
<b>Revisado por:</b> _____	<b>Fecha de Revisión:</b> _____
<b>Aprobado por:</b> _____	<b>Fecha de Aprobación:</b> _____
<b>Observaciones:</b> _____	
_____	
_____	