

# SOLICITUD DE SEGURO DE EQUIPO ELECTRONICO

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:

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



