

SOLICITUD DE SEGURO DE ROBO

Tipo de Persona: ☐ Natural ☐ Jurídica ☐ Comerciante Individual

Para Uso Exclusivo de la Compañía

| | | | | | | |
|--------------------|------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---|------------------------------------|-------------------------------------|
| 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"/> | | |
| Sexo: | <input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Masculino | Estado Civil: | <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 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="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"/> | | |
| 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: ☐ 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"/> Pasparte <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:

☐ Publica

☐ 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___ | | |
| | | 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 |
|--------------------------|----------|---------------------------------|
| | | |
| | | |

Este producto fue autorizado y registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros, mediante Resolución SS 1075/30-07-2010

Página No. 2

| 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. Actividad del Negocio del Asegurado: | |
| | |

| 7. Bienes por Asegurar | | |
|------------------------|--|-------------------------|
| No. | Descripcion | Suma Propuesta (L ó \$) |
| 1 | Existencia de Mercaderías en Tienda | |
| 2 | Existencia de Meraderías en Bodega | |
| 3 | Existencia de Mercaderías en Tienda y Bodega | |
| 4 | Existencia de Materia Prima, Productos en Proceso y Terminados | |
| 5 | Maquinaria, Equipo y Herramientas | |
| 6 | Muebles y Equipo de oficina | |
| 7 | Muebles y Equipo del Negocio | |
| 8 | Muebles Particulares, Menaje de Casa y Efectos Personales | |
| | | |
| | | |
| Total | | |

| 8. Cobertura Adicional | | |
|------------------------|--|-------------------|
| No. | Descripcion | Amparado/Excluido |
| 1 | Asalto a mano armada o intento del mismo | |

| 9. Otras cláusulas especiales | |
|-------------------------------|--|
| | |
| | |

| 10. Resumen | | | | | | | |
|-------------|---------|--------------------------|---------------------|-------------------|-------|-------|----------------|
| No. | Detalle | Suma Propuesta (L ó \$) | Tasa por ciento (%) | | | | Valor de Prima |
| | | | Basica | Asalto | Otras | Total | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | Prima Neta | | | |
| | | | | Impuesto | | | |
| | | | | Gastos de Emision | | | |
| | | | | Prima Total | | | |

| 11. Otros | |
|--|---|
| 1. Nombre y cargo de la (s) persona (s) encargada (s) del manejo y custodia de los bienes del Asegurado: | |
| 2. ¿Cuál es el horario laboral del negocio o empresa? | |
| 3. ¿ Los Bienes Asegurados quedan expuestos las 24 horas del día? | |
| 4. ¿ Fuera de las horas hábiles, los bienes se guardan en cajas de seguridad? | |
| 5. Las cajas de seguridad | |
| a) Estan equipadas con cerraduras dobles | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| b) Reloj de Tiempo de Apertura | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| c) Nombre de la compañía manufacturera | |
| d) Fecha de construcción y tipo | |
| e) Numero de registro o referencia | |
| f) Tiene mecanismo anti- explosivo | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| g) Estan contruidos de materiales resistentes al arco (voltaico) antorcha y perforadas | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| h) Estan empotradas a la pared o al piso | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| i) Su peso al vacío es igual a 1,500 lbs | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |

6. Puertas y Ventanas:

a) ¿ Cuantas puertas y ventanas tiene el edificio en la parte externa?

b) ¿ Como estan protegidas?

c) Tipo y estado de cerraduras y cerrojos en puertas externas

d) ¿ Cuantas puertas y ventanas internas o de comunicación interior tiene el edificio?

e) ¿ Tipo y estado de cerraduras y cerrojos?

7. ¿ Tiene sistema de Alarma contra Robo?

Esta conectada con

¿ Estación Central?

¿ Estación de policía?

¿ Cualquier otro local?

Si

No

Si

No

Si

No

Si

No

Si

No

8. Posiciones de Cajeros:

a) ¿ Los lugares de los Cajeros están separados del resto de las oficinas, con puertas cerradas?

b) ¿ Con vidrios contra balas?

c) ¿ Está dotada de alarma contra robo?

d) ¿ O botón o pedal de alarma?

Si

No

Si

No

Si

No

Si

No

9. Traslado del Dinero

a) ¿ Cada cuánto tiempo el dinero que tienen en su poder se traslada a la caja de seguridad?

10. Celadores

a) ¿ Tiene celadores armados?

b) ¿ Durante el día?

c) ¿ Durante la noche?

d) ¿ Cuántos cada turno?

e) ¿ Son provistos por la policía?

f) ¿ Por una Compañía particular?

g) ¿ Empleados del solicitante?

h) ¿ Están provistos de protectores contra balas?

Si

No

Si

No

Si

No

Si

No

Si

No

Si

No

Si

No

Si

No

Si

No

Turno:

Turno:

11. Robo por Asalto

a) ¿ Ha sufrido alguna vez un Robo por Asalto?

b) ¿ A cuanto ascendió la pérdida?

c) ¿ Fecha en que ocurrió la pérdida?

d) Medidas correctivas tomadas

Si

No

12. Otra solicitud de Seguro

¿ Ha hecho alguna vez una Solicitud de Seguro Contra Robo por Asalto?

Si

No

13. Gestiones con otras compañías

a) ¿ Ha declinado alguna compañía su solicitud, rehusado renovar la póliza, aumentado la prima, aumentado el deducible o impuesto alguna condición especial?

b) En caso afirmativo, sírvase dar detalles

14. Otros Seguros

a) ¿ Existen actualmente otros seguros vigentes sobre los mismos bienes?

b) ¿ Porqué suma?

c) ¿ Con qué Compañía?

d) ¿ Vencimiento de la póliza?

Si

No

15. Cual es el valor aproximado en esta fecha de la propiedad que se desea asegurar L.

a) De las Mercancías:

b) De los Muebles y Enseres

c) ¿ Estan Asegurados contra incendio?

d) ¿ Por qué cantidad?

e) ¿ En que compañía?

16. Ha sufrido el solicitante perdida por robo durante los últimos cinco años?

a) ¿ En que fecha?

b) ¿ Cual fue su monto?

c) ¿ Estaba asegurado?

e) ¿ En qué compañía?

17. De que material esta construido el edificio en cuanto a:

a)¿ Los muros principales?

b) ¿ Los techos?

c) ¿ Los pisos, Techos intermedios?

d) Los muros que encierran "el local"?

18. Cúal es el valor aproximado que actualmente tienen los bienes por asegurar?

L.

Adjuntar mensaje de descripción de bienes:

a) Del mobiliario y efectos personales.

L.

b) De las joyas

L.

c) De libros

L.

d) De otros

L.

12. Detalle de prima del seguro y convenio de pagos

| Descripción | Monto de Prima | Convenio de pagos |
|-----------------------|----------------|--|
| Prima Neta | | No. De pagos Frecuencia de Pago Primer pago de y Pagos de |
| Impuesto Sobre Ventas | | |
| 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.

13. Beneficiarios de la Póliza

| Nombre del Beneficiario | | No. Identificación | Parentesco | Porcentaje |
|-------------------------|--|--------------------|------------|------------|
| 1) | | | | |
| 2) | | | | |
| 3) | | | | |
| 4) | | | | |
| 5) | | | | |

Total Designado

14. Vigencia del Seguro:

Desde:

a las 12:00 del mediodía

Hasta:

a las 12:00 del mediodía

Agravacion del Riesgo: El Asegurado debera comunicar a La Compania 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 licita 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 articulo 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: