

SOLICITUD DE SEGURO DE ROBO

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 económicaicamente

Apellidos [] Nombres []

No. Identificación [] Tipo de Dependencia: Tutor Representante Legal

Tipo Identificación: Cédula Pasaporte Residencia

Actividad Económica []

2. Datos Generales de Persona Jurídica

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

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

10. Resumen

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 dia?
 4. ¿ Fuera de las horas hábiles, los bienes se guardan en cajas de seguridad?

- ## 5. Las cajas de seguridad

a) Están equipadas con sondas debajo

Si No

b) Reloj de Tiempo de Apertura

Si

c) Nombre de la compañía manufacturera

d) Fecha de construcción y tipo _____

e) Número de registro o referencia

f) Tiene mecanismo anti-explosivo

g) Están construidos de materiales res

h) Están empotradas a la pared o al piso

Si No

g) Están construidos de materiales resistentes al arco (voltaico) antorchas y perforadas Si No

h) Están empotradas a la pared o al piso Si No

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	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
¿Estación Central?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
¿Estación de policía?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
¿Cualquier otro local?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
8. Posiciones de Cajeros:			
a) ¿Los lugares de los Cajeros están separados del resto de las oficinas, con puertas cerradas?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
b) ¿ Con vidrios contra balas?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
c) ¿Está dotada de alarma contra robo?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
d) ¿ O botón o pedal de alarma?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
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?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
b) ¿ Durante el día?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Turno: _____
c) ¿ Durante la noche?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Turno: _____
d) ¿ Cuántos cada turno? _____			
e) ¿ Son provistos por la policía?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
f) ¿ Por una Compañía particular?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
g) ¿ Empleados del solicitante?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
h) ¿ Están provistos de protectores contra balas?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
11. Robo por Asalto			
a) ¿ Ha sufrido alguna vez un Robo por Asalto?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
b) ¿ A cuanto ascendió la pérdida? _____			
c) ¿ Fecha en que ocurrió la pérdida? _____			
d) Medidas correctivas tomadas _____			
12. Otra solicitud de Seguro			
¿ Ha hecho alguna vez una Solicitud de Seguro Contra Robo por Asalto?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
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?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
b) ¿ Porqué suma? _____			
c) ¿ Con qué Compañía? _____			
d) ¿ Vencimiento de la póliza? _____			
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. ¿Cuál es el valor aproximado que actualmente tiene la moneda de 10 centavos?

12. Detalle de prima del seguro y convenio de pagos

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
Impuesto Sobre Ventas			
Gastos de Emisión		Primer pago de	y Pagos de
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

Top Beneficiarios de la PONZA				
	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

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:

- Deseo 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 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: [Ver todos](#)

Revisado por: _____ **Fecha de Revisión:** _____

Aprobado por: _____ **Fecha de Aprobación:** _____

Observaciones: