

SOLICITUD DE SEGURO TODO RIESGO DE INCENDIO

Tipo de Persona: ☐ Natural ☐ Jurídica ☐ Comerciante Individual

Para Uso Exclusivo de la Aseguradora					
Número Ente	☐ Nuevo ☐ Existente	Categoría de Riesgo	Trámite Emisión	No. Cotización	Trámite F. Cotización
Todos los campos deben estar debidamente completados, en caso que no apliquen deben ser llenados con: N/A					
1. Datos del Asegurado o Representante Legal del Contratante					
Apellidos			Nombres		
Fecha Nacimiento		Edad	Lugar de Nacimiento		
Día Mes Año					
Sexo:	☐ Femenino ☐ Masculino	Estado Civil:	☐ Soltero (a) ☐ Casado (a) ☐ Divorciado (a) ☐ Viudo (a)		
		Datos del Cónyuge: Nombres y Apellidos _____ No. de Identificación _____ Celular _____			
No. Identificación		No. R.T.N.		Nacionalidad	
☐ D.N.I. ☐ Pasaporte ☐ Residencia				1) _____ 2) _____	
Ocupación			Profesión		
¿Se ha desempeñado como funcionario público en un puesto con poder de decisión o con acceso a recursos públicos? ☐ Si ☐ No			¿Algún pariente suyo se ha desempeñado como funcionario público en un puesto con poder de decisión o con acceso a recursos públicos? Si su respuesta es si: ☐ Si ☐ No		
Ocupación PEP'S			Nombre		
Nombre Institución			Identificación		
Dirección Completa de Domicilio de Asegurado o Representante Legal					
Barrio / Colonia			Zona	Casa	Bloque
Calle	Avenida	Municipio	Departamento		País
Datos de Contacto Directo con el (la) Solicitante del Seguro					
Teléfono Fijo		Celular	Correo Personal	Autorizo a Seguros LAFISE a enviar información a mi correo electrónico? ☐ Si ☐ No	
Datos laborales (Actividad Económica)					
Nombre de la Empresa donde Labora			Tipo de Actividad		Fecha de Ingreso
Ámbito de Negocios: ☐ Negocios Locales ☐ Negocios Multinacionales ☐ Negocios Regionales			Cargo o Posición		
Dirección completa del Trabajo de asegurado o Representante Legal (incluyendo Zona, No. Casa, Bloque, Ave, Calle, Municipio, Departamento y País):					
Tel. Empresa		Correo Electrónico Trabajo		Nivel aprox. 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	
Especificar detalladamente la fuente de Ingresos y/o origen de los recursos:					
Realiza usted actividades y/o Profesiones Financieras no Designadas (APNFD)? ☐ Si ☐ No Si su respuesta es Si Favor indicar que tipo de actividad realiza y entregar la constancia vigente de URMOPRELAFT de la CNBS.					
Dirección de cobro: ☐ Domicilio ☐ Dirección de Trabajo ☐ Correo Electrónico ☐ WhatsApp					
2. Datos Generales Persona Jurídica Contratante					
Razón o Denominación Social			Nombre Comercial		
No. RTN	Fecha de Constitución	País Origen	Países en que opera		
Dirección completa de la empresa			Zona	Casa	Bloque
Barrio / Colonia					
Calle	Avenida	Municipio	Departamento		País
Objeto Social y/o Actividad Económica (Giro del Negocio)			Ámbito de Negocios y/o Localidad Económica		
			☐ Nacional o Local ☐ Internacional o Multinacional ☐ Regional		
¿Pertenece a un Grupo Económico o financiero?			Nombre del Grupo:		
☐ Si ☐ No					
Total Activos		Ingresos Anuales	Moneda de Ingreso: ☐ Lempiras ☐ Dólares ☐ Euros		
Especificar detalladamente la fuente de Ingresos y/o origen de los recursos					

SOLICITUD DE SEGURO TODO RIESGO DE INCENDIO

La empresa realiza actividades y/o Profesionales Financieras no Designadas (APNFD)? ☐ Si ☐ No Si su respuesta es Si Favor indicar que tipo de actividad realiza y entregar la constancia vigente de URMOPRELAFT de la CNBS.				
Detalle de accionistas o propietarios y sus porcentajes de Participación:				
Nombre del Accionista	No. Identificación	Es PEP'S?	% Acciones	Monto Acciones
		SI ☐ NO ☐		
		SI ☐ NO ☐		
		SI ☐ NO ☐		
		SI ☐ NO ☐		
		SI ☐ NO ☐		
		SI ☐ NO ☐		
		SI ☐ NO ☐		
Total Acciones (debe sumar 100%)				
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 formato de Certificación de Socios y Junta Directiva. La información de socios o accionistas es hasta el beneficiario final.				
Principales ejecutivos de la empresa				
Nombre del Ejecutivo	Identificación	Nacionalidad	Cargo	
Nombre del Contador General	Identificación	Nacionalidad	Número de Colegiación	
3. Referencias: Personales, Laborales, Bancarias o Comerciales		4. Nombres de Proveedores (solo para contratante jurídico)		
5. Seguros con otra Aseguradora				
Ramo	Nombre del Compañía de Seguros			
6. Ubicación de los bienes a asegurar (en caso de ser diferentes ubicaciones brindar detalle aparte)				
Barrio / Colonia		Zona	Casa	Bloque
Calle	Avenida	Municipio	Departamento	País
Otras referencias				
7. Gestión operativa del negocio				
¿Lleva el solicitante Libros de acuerdo a la Ley? Si ☐ No ☐ A que fecha: _____				
¿Se guardan en caja de seguridad? Si ☐ No ☐				
Sistema de inventario: Pormenorizado ☐ Perpetuo ☐ Global ☐ Fecha de último inventario físico realizado: _____				
Dueño del Edificio que Contiene los Bienes por Asegurar			Dueño de los Bienes por Asegurar:	
8. Descripción del Edificio				
Paredes	Techos	Entrepisos	No.Pisos	
¿Muro Perimetral? Si ☐ NO ☐ ¿Electricidad Entubada? Si ☐ NO ☐				

9. Información Adicional

¿Le han rechazado o cancelado algún seguro sobre estos bienes? SI ☐ NO ☐ Explique: _____

¿Los bienes aquí descritos están o han estado asegurados con otra compañía de seguros? SI ☐ NO ☐
 ¿Cuándo? _____ ¿Suma Asegurada? _____ ¿Con qué Compañía? _____

¿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? SI ☐ NO ☐ Descríbalos: _____

¿Existe gravamen hipotecario sobre el bien asegurado? SI ☐ NO ☐ ¿A favor de quién?: _____

10. Descripción de Coberturas, Sumas Aseguradas, Primas, Deducibles y Coaseguros (Si es colectiva según propuesta)

Tipo de Póliza: ☐ Individual ☐ Colectiva Moneda: ☐ Lempiras ☐ Dólares

Descripción	Suma Asegurada	% Deducible	Monto Deducible	% Coaseguro
1 Todo Riesgo de Incendio				

COBERTURAS ADICIONALES

Descripción	Suma Asegurada	% Deducible	Monto Deducible	% Coaseguro

Cláusulas Especiales:

11. Detalle de Bienes y Suma Asegurada

Moneda: ☐ Lempiras ☐ Dólares

Descripción	Suma Asegurada	
1. Edificio		
2. Mejoras e instalaciones		
3. Contenido		
a) Mobiliario y Equipo de Oficina		
b) Maquinaria y Equipo de Negocio		
c) Mercadería en Tienda		
d) Mercadería en Bodega		
e) Materia Prima		
f) Producto Terminado		
g) Producto en Proceso		
h) Otros		
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		
Sublímite a) Pérdida de Utilidades _____ b) Gastos Generales Fijos _____ c) Sueldos y Salarios _____ c) Sueldos y Salarios _____		
9. Otros (especifique)		
Suma Asegurada Total		

SOLICITUD DE SEGURO TODO RIESGO DE INCENDIO

12. Detalle de prima del seguro y convenio de pagos		Paga impuestos sobre Ventas? Si ☐ No ☐	
Descripción	Monto de Prima	Convenio de pagos	
Prima Bruta		No. De pagos	Frecuencia de Pago
(+) Recargos		Primer pago de	y Pagos de
(-) Descuentos		Autorizo débito a mi tarjeta No. _____	
Prima Neta		Compañía:	Vencimiento:
Impuesto Sobre Ventas		Autorizo Débito a mi tarjeta No. _____	
Gastos de Emisión		Banco:	Cheques ☐ Ahorro ☐
Prima Total Anual			
13. Otros Deducibles y Coaseguros			
Riesgos Catastróficos:			
Riesgos No Catastróficos:			
14. Beneficiarios de la Póliza			
¿Existe gravamen hipotecario sobre el bien asegurado? SI ☐ NO ☐		¿A favor de quién?: _____	
Beneficiarios	No. Identificación	Parentesco	Porcentaje
Total Designado Beneficiarios Contingenciales debe ser igual a 100%			0%
15. Vigencia del Seguro			
Desde: _____ a las 12:00 del mediodía		Hasta: _____ a las 12:00 del mediodía	
Día Mes Año		Día Mes Año	
Agravación del Riesgo: El Asegurado deberá comunicar a La Aseguradora 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 Aseguradora en lo sucesivo, responsabilidad que concluirá quince (15) días después de comunicar tal decisión al Asegurado. 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, S.A.m 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.			
Lugar	Fecha	Firma del Asegurado, o Representante Legal con sello de la empresa	
Nombre del Intermediario	No. Licencia	% De Comisión	Oficina y/o Sucursal
Nombre del Ejecutivo	Sub Agente	Mercado	
ESTA SOLICITUD QUEDA SUJETA A LA ACEPACIÓN DEL RIESGO PREVIA INSPECCION DE LOS BIENES POR ASEGURAR Y PRESENTACION DE LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS PARA ESTE PRODUCTO			