

SOLICITUD DE SEGURO DE SEGURO TODO RIESGO PARA CONTRATISTA

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"/>			
ID Acreedor	<input type="text"/>	Categoría Riesgo	<input type="text"/>			
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 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" value="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"/>					
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: <input type="radio"/> Permanente <input type="radio"/> Temporal Moneda de ingresos: <input type="radio"/> Lempiras <input type="radio"/> Dólares <input type="radio"/> Euros						
Nivel aproximado de Ingresos según el salario mínimo mensual vigente (SMMV)						
<input type="radio"/> De 0-3 <input type="radio"/> De 4-6 <input type="radio"/> De 7-10 <input type="radio"/> De 11-20 <input type="radio"/> De 21-50 <input type="radio"/> De 50 en adelante						
Actividad: <input type="radio"/> Ama de Casa <input type="radio"/> Asalariado <input type="radio"/> Comerciante Individual <input type="radio"/> Pensionado <input type="radio"/> Negocio Propio						
<input type="radio"/> Estudiante <input type="radio"/> Jubilado <input type="radio"/> Renta de Bienes <input type="radio"/> Socio <input type="radio"/> Otra _____						
Origen de Fondos: <input type="radio"/> Ahorro <input type="radio"/> Empresa <input type="radio"/> Honorarios Legales <input type="radio"/> Pensión <input type="radio"/> Salario						
<input type="radio"/> Dependientes <input type="radio"/> Herencia <input type="radio"/> Negocio Propio <input type="radio"/> Jubilación <input type="radio"/> Renta de Bienes						
<input type="radio"/> Socio <input type="radio"/> 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"/>		

1.1 Datos Personales del Contratista

Apellidos	<input type="text"/>	Nombres	<input type="text"/>
Fecha Nacimiento	<input type="text"/>	Edad	<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"/> Pasparte <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"/>
Bloque No.	<input type="text"/>	Calle	<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			
Contacto			
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			

1.2 Datos Personales del Sub-Contratista

Apellidos	<input type="text"/>	Nombres	<input type="text"/>
Fecha Nacimiento	<input type="text"/>	Edad	<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"/> Pasparte <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"/>
Bloque No.	<input type="text"/>	Calle	<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			
Contacto			
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			

1.3 Datos Personales del Ingeniero Consultor

Apellidos	<input type="text"/>	Nombres	<input type="text"/>
Fecha Nacimiento	<input type="text"/>	Edad	<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"/> Pasparte <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"/>
Bloque No.	<input type="text"/>	Calle	<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			

Contacto
 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

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

