

SOLICITUD DE SEGURO DE TRANSPORTE

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:

☐ 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 No. 1431/23-09-2010 y modificada mediante Resolución SS No. 1873/25-11-2011”.

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. Cobertura Basica

Riesgos Ordinarios de Transito	Tasa %

7. Riesgos Especiales Abierta () Especifica ()

No.	Detalle	Tasa %	Amparado/Excluido	No.	Detalle	Tasa %	Amparado/Excluido
1	Robo de Bulto por Entero			7	Oxidación		
2	Robo Parcial			8	Roturas		
3	Mojaduras de Agua de Mar			9	Merma y/o Derrames		
4	Mojaduras de Agua Dulce			10	Todo Riesgo de Transporte		
5	Contacto con Otras Cargas			11	Carga Sobre Cubierta		
6	Manchas			12	Huelgas y/o Alborotos Populares		

Clausula de Bodega a Bodega: Si ☐ No ☐

8. Descripcion de la Mercaderia

[illegible]

Clase de Empaque:

9. Nombre de la Empresa Transportista (Indique Medio de transporte)

Transportado(s) por:

10. Consignatario

Nombre, Razón o Denominación Social:

Dirección:

8. Resumen

No.	Detalle	Suma Propuesta (L ó \$)	Tasa por ciento (%)	Valor de Prima
			Prima Neta	
			Impuesto	
			Gastos de Emision	
			Prima Total	

9. Deducible

8. 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.

9. Beneficiarios de la Póliza				
Nombre del Beneficiario		No. Identificación	Parentesco	Porcentaje
1)				
2)				
3)				
4)				
5)				
Total Designado				

10. 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:

- 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 Compañía 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, 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:

“ Este producto fue autorizado y registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros mediante Resolución SS No. 1431/23-09-2010 y modificada mediante Resolución SS No. 1873/25-11-2011”.

Página No. 4