SOLICITUD DE SEGURO DE BANQUEROS

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

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

5. Capital Social

6. Especificación del Riesgo

SECCION A - Caracteristicas del Banco

1. Razón social, incluyendo Todas las Empresas Bancarias en las cuales el banco tiene una participacion que le confiere

2. Direccion Principal: _____

3.Fecha de constitucion: _____

4. Fecha constitucion bancaria: _____

5. Capital Social Capital Social Pagado Total Activos Total Despositos Total Prestamos y Descuentos Las cifras deberan corresponder a las del balance memoria anual	(favor incluir una copia a este formulario de propuesta)
6. Cosidera Ud. Que sus actividades son esencialmente las de un : a) Banco Comercial b) Banco Privado c) Banco Mercantil d) De otra Naturaleza (dar detalles) Describa brevemente las actividades del banco para ampliar las respuestas de a) y de b) antes mencionadas.	
7. Por favor, indicar el numero de: a) Cuentas corrientes con cheques b) Cuentas corrientes y de ahorro inactivas(aquellas sin movimiento durante los ultimos 12 meses) c) Cuenta de ahorro y de deposito	

8. Nombre de Banco corresponsal o agente en el Extranjero _____
_____

SECCION B - Personal y Ubicaciones

9. Por favor, indicar el numero de Directores (únicamente con salario y permanente): _____
_____

10. Favor, indicar la cantidad que corresponda a cada una de las siguientes categorias:

	Oficina Central	Centro Comp	Centro Admon	Sucurs. ppales	Otras Sucur	Agencia
a) Numero de ubicaciones						
b) Numeros de empleados y funcinarios Jerarquicos (que no sean Directores) incluyendo de todas las categorias, inclusive ordenanzas, serenos, vigilantes, empleados de limpieza, etc. Clasificados de la siguiente forma:						

SECCION C- Valores en Riesgo

11. Por favor indicar los valores MAXIMOS en :

	(i) Valores al portador o negociables	(ii) Efectivo, Lingotes, Piedras preciosas y similares
a) Oficina Central		
b) Las sucursales Principales		
c) Otros Locales o agencias		

12. Por favor indicar el importe MAXIMO de efectivoincluyendo los cheques de viajero sin expedir en:

	Cada uno de los cajeros/ventanillas de Pago	En la totalidad de los cajeros en cada local
a) Oficina Central		
b) Las sucursales Principales		
c) Otros Locales o agencias		

13. Por favor indicar el importe MAXIMO de efectivo, titulos y acciones al portador y negociables, en transito en cualquier momento

	Por Vehiculo blindados	Por Mensajeros
a) Oficina Central		
b) Las sucursales Principales		
c) Otros Locales o agencias		

SECCION D- Detalle de Cobertura

14. Por favor indicar el LIMITE DE INDEMNIZACION requerido para la POLIZA INTEGRAL BANCARIA	
15. a) se requiere una extensión a la clausula de falsificacion por otros valores falsificados b) Se requiere cobertura adecional en exceso de limite previsto en la Poliza Bancaria con respecto a: (i) Algunas Clausulas de la Poliza (ii) Riesgos en boveda unicamente	a) b) (i) (ii)
16. ¿Tiene en vigencia algunas coberturas de seguro colectivo de FIDELIDAD o una cobertura integral Bancaria? En caso de afirmacion detalle el valor asegurado y el nombre de la compañía aseguradora.	
17. Le ha sido rechazada algunas propuesta de seguro de esta indole por alguna Cía aseguradora o suscriptor de Llotyd's o le ha sido cancelada alguna póliza o denegada su renovación En caso de afirmativo, indicar las razones	

SECCION E- Experiencia de Perdidas

18. Por favor indicar a continuacion, brevemente, cualquier perdida / a que hayan sufrido (asegurada o no) ANTES de la aplicación de cualquier DEDUCIBLE durante los últimos CINCO AÑOS.

Fecha de su descubrimiento	Oficina	Fecha de su descubrimiento	Fecha de su descubrimiento

A menos que la información haya sido ya proporcionada, por favor, adjunte detalles completos de las circunstancias de cualquier PERDIDA IMPORTANTE y las MEDIDA CORRECTIVAS TOMADAS para evitar su repetición

SECCION F- Seguridad

19. a) ¿Tiene algún REGLAMENTO(S) o INSTRUCCIONES ESCRITAS que contemple todas los aspecto sus actividad y que definan claramente las tareas de cada empleado, manteniendolos actualizados y en uso? b) ¿ Se llama la atención de cada empleado sobre tales instrucciones y su deber de cumplir con ellas? c) ¿stán ordenadas las tareas de los empleados de modo que no se les permita a ninguno de ellos el control de una transacción desde su comienzo hasta su termino?	
20. a) ¿Ha designado Ud. Un funcionario u otro empleado sujeto a supervision de la Junta Directiva, y que sea responsable de la instalación, mantenimiento y operación de los sistemas de seguridad y de desarrollo y administración de los programas de seguridad? b) ¿ Se capacita a los empleados en procedimientos de seguridad y se efectuan practicas sobre las mismas periodicamente?	
21. a) ¿Se hacen cambios a intervalos irregulares y sin previo aviso en las tareas de empleados de una misma categoria? b) ¿Están todos los empleados obligados a tomar vacaciones ininterrumpidas de por lo menos dos semanas por cada año calendario, durante las cuales no realizan ninguna tarea ni concurren a ninguno de los locales del banco?	
22.a) ¿Se ha establecido y se mantiene custodia conjunta (responsabilidad compartida) para la proteccion de: i) Bienes en cajas fuertes o bóvedas? ii) Las llaves de las cajas fuertes o bóvedas? iii) Los códigos, contraseñas, claves y llaves maestras? b) ¿Se han establecido y se mantiene un control doble para el manejo de: i) Todo tipo de titulos y acciones, documentos negociable o no asi como formularios no emitidos y en blanco de los mismos? ii) La existencia de cheques oficiales, giros, letras de cambio y cheques de viajeros sin emitir? iii) Cuentas corrientes y cuentas de ahorro inactivas (sin movimiento)? iv) Los códigos, contraseñas, claves y llaves maestras?	

23. a) ¿Existe un depto. De Auditoria interna? b) En caso afirmativo: i) ¿Existe algún manual de "procedimientos de auditoria y control? ii) De cuantas personas consta dicho departamento? iii) ¿Con que frecuencia se realizan las auditorias internas completas? iv) ¿Se llevan a cabo regularmente auditorias sorpresivas? v) ¿Estan incluidas en la auditoria todas las oficinas incluyendo los Centros de Computo? vi) ¿Le esta prohibido al personal encargado de la auditoria efectuar entradas en los libros de contabilidad? 24. Por favor indicar el nombre de la firma de contadores Publicos o Auditores Profesionales Independientes u otras autoridad competente que efectúan una auditoria anual completa, además por favor indicar: a) Frecuencias de la auditoria b) i) ¿Comprende la auditoria toxas las oficinas del banco? ii) si no, ¿hasta que punto se lleva cabo la auditoria? c) i) ¿La firma de auditores o autoridades revisan regularmente el sistema de controles internos y suministra reportes por escrito? ii) En caso positivo,¿Estos reportes son dirigidos a la junta directiva?			
Por favor detalle brevemente	Casa Matriz	Sucursal Principal	Otras Ubicaciones
25. BÓVEDAS Y CÁMARAS ACORAZADAS a) ¿Hay bóvedas y cámaras acorazadas en las instalaciones? b) Estan equipadas con: i) ¿cerraduras combinadas? ii) ¿cerraduras con mecanismo de tiempo? iii)¿puertas que puedan cerrarse duerante el dia? c) i) ¿son las paredes pisos y techos hechas de hormigón armado y están forradas de acero? ii) Por favor, indicar el espesor de las paredes d) i) Por favor, indicar el nombre del fabricante de la puerta de la bóveda ii)¿Pro favor, indicar el tipo, edad y numero de referencia de la puerta iii) ¿Son las puertas resistentes al corte por arco voltaico y tambien resistentes al soplete y al taladro? iv) ¿Cuentan las puertas con u dispositivo antiexplosivo?			
26. CAJAS FUERTES			
a) ¿Hay cajas fuertes en la oficina? b) ¿Están equipadas con cerraduras de combinacion con mecanismo de bloqueo que cierre efectivamne te la puerta si a cimbinacion duera taladrada? c) i) Por favor indicar el nombre del fabricante ii) Tipo, edad y numero de referencia iii) ¿Estan las cajas fuertes provistas de cerraduras de combinación? iv) ¿Son la puerta de las cajas fuertes hechas de materiales resistentes al corte por arco voltaico,soplete y taladro? v) ¿Cuentan las puertas con dispositivos anti-explosivos? d) ¿Estan las cajas fuertes ancladas al suelo o alternativamente no pesan menos de 680 kgs vacías? Si la respuesta a alguna de las preguntas es "NO", por favor, describir el metodo alternativo de protección.			
27. PUERTAS Y VENTANAS			
a) ¿Estan todas las puertas provistas de cerraduras sólidas? b) ¿Están todas las ventanas provistas de cerraduras sólidas reforzadas con barrotes?			
28. ALARMAS			
a) ¿Hay sistemas de alarmas contra robo? b) Están conectadas con: i) ¿Una estación o comando central? ii) ¿Lacomisaria de policia? iii) ¿Algún otro lado? Detallar			
Por favor detalle brevemente	Casa Matriz	Sucursal Principal	Otras Ubicaciones
29. VENTANILLAS DE CAJEROS a) ¿Hay dispositivos de alarma contra asalto? b) Tiene cada cajero un pulsador o pedal de alarma contra robo? c) ¿Están las ventanillas protegidas con cristales blindados? d) ¿Están ñas ventanillas separadas del resto del salón por mampara adecuada con sus puertas cerradas durante las horas de atención al publico? e) ¿Se transfiere inmediatamente el efectivo que excede los importantes mencionados en la pregunta 11 de este formulario a una caja fuerte o camara acorazada u otro lugar protegido? f) Se guardan todos los saldos en manos de los cajeros en una caja fuerte camara acorazada despues del cierre de operaciones? g) 'Están los cajeros provistos de dinero marcado o dinero señuelo? Nota: El dinero "marcado" consiste en billetes de banco cuyo valor nominal, numeros y años de serie han sido registrados y verificados por otro empleado y dejado en un lugar seguro. Tal dinero deberia estar en poder de los cajeros para que le entreguen solamente, en caso de asalto.			

30. GUARDIAS a) ¿La Policía patrulla e inspecciona los locales? b) ¿Cuentan con guardias armados? i) ¿De dia? ii) ¿De noche? c) ¿De quien depende? i) ¿De la policía? ii) ¿De una Agencia? iii) ¿Del mismo banco? d) ¿Están protegidos por cabinas blindadas? e) ¿Cuántos serenos emplean?			
31. CAJAS DE SEGURIDAD a) i) ¿Cuántas cajas de seugirdad existen? ii) Cuantas son alquiladas? iii) ¿Cuántas oficinas cuentan con instalaciones de cajas de seguridad para depo b) i) Estan las cajas de seguridad de una camara acorazada separada? ii) Si no es asi, por favor describa el sitio donde se encuentran c) ¿Estan todas lasa cajas sujetas a doble control?			
32. TRANSITO a) ¿se lleva a cabo usualmente el traslado de dineros utilizando vehículos blindados b) Respecto de otros traslados i) ¿Con cuantos mensajeros empleados cuentan? ii) ¿Van acompañados por la Policía o por vigilantes armados? iii) ¿Se programan los desplazamientos a intervalos irregulares y por rutas distintas? iv) ¿Se utiliza transporte privado? v) ¿Proporcionan Uds. Servicios de mensajeros transportadores a algún cliente? vi) ¿Elaboran Uds. planillas para clientes y las entregan en las fabricas? vii) ¿Si es así, cesa su responsabilidad inmediatamente después de llegar a las instalaciones del cliente?			
33. OTRAS MEDIDAS DE SEGURIDAD a) Por favor detallar otros medios de protección tales como Sistemas de Cámara, Trampas Electrónicas para dinero u otra medida de seguridad no mencionada antes.			

Cualquier póliza emitida será un contrato de indemnización concebido para proteger al asegurado contra las perdidas fortuitas directa o ininterrumpidamente resultantes de sucesos o conductas definidas.

Expresamente se hace constar que no es intención de los aseguradores o del asegurado el cubrir los riesgos de las transacciones comerciales. El hacerlo así, seria trasladar la intervención del asegurador a la de co-participante con derecho a participación de los beneficios. Esta es una declaración de principio que no debe interpretares como ampliación de la cobertura de los Términos y Condiciones de la Póliza.

Se llama la atención del proponente a las condiciones precedentes para responsabilidad contendidas en la póliza

Declaramos que las exposiciones y detalles que figuran en la presente son verdaderas y que no hemos modificado ni suprimido ningún hecho material. Aceptamos que la presente propuesta junto con cualquier otra información que hayamos facilitado constituyen la base de cualquier Contrato de Seguro suscrito y que serán incorporados al mismo. Nos comprometemos a informar a los aseguradores de cualquier alteración material de los hechos si ocurrieran antes o después de la formalización del contrato de seguros. La firma de la presente no compromete legalmente al proponente respecto de la formalización del seguro

Este día _____ de _____ de 20_____

EN NOMBRE Y REPRESENTACION DEL BANCO

_____

(Inserte el nombre del banco)

Firma y sello _____

Cargo

Firma y sello _____

Cargo

Firma y sello _____

Cargo

NOTA: Este formulario de propuesta debe ser firmado por el Gerente General, el Gerente de Administración y el Funcionario a cargo de la Seguridad

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

Mes Día Año Mes Día Año

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:

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: _____