

SOLICITUD DE SEGURO DE DINERO Y VALORES

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: ☐ Pública ☐ 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

Otras referencias	
-------------------	--

Dirección de Cobro de la Empresa

Barrio / Colonia		Avenida		Calle	
Bloque No.		Casa / Edificio No.		Municipio	
Departamento			País		

Otras referencias

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_____		
		Si_____ No_____		
			Total Acciones	

Especificar Beneficiario Final o Controlante de la Sociedad _____

Miembros de la Junta Directiva

[illegible]

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. Actividad del Negocio	
Actividad Principal	
Número de Vendedores	Número de Colaboradores
Personal de Confianza dentro del Predio (adjuntar detalle)	Número de Traslado Diario
Horas de los Recorridos:	

7. Especificación del Riesgo		
No.	Descripcion	Suma Propuesta (L ó \$)
1	Dinero y Valores Dentro de los Predios	
2	Dinero y Valores Fuera de los Predios	
3	Dinero y Valores en Bòvedas	
4	Limite Único y Combinado dentro y fuera de los predios	
	Total	

8. Otras Clausulas especiales	

9. Resumen				
	Detalle	Suma Propuesta (L ó \$)	Tasa %	Valor de Prima (L ó \$)
1				
2				
3				
4				
			Prima Neta	
			ISV	
			Gastos Emision	
			Prima Total	

10. 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
Día Mes Año	Día Mes 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 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.
- 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:

Revisado por:

Fecha de Revisión:

Aprobado por:

Fecha de Aprobación:

Observaciones: