

**SOLICITUD DE SEGURO**

Tipo de persona :  Natural  Jurídica

**A. DATOS GENERALES**

La presente solicitud debe ser llenada con letra de molde

Para uso Exclusivo de la Aseguradora

Fecha de Recibido:	Cliente: <input type="checkbox"/> Nuevo <input type="checkbox"/> Existente	Ente No.
Fecha de Emisión:	Oferta No.	Recibo No.
		Póliza No.
Tipo de Relación: <input type="checkbox"/> Contratante <input type="checkbox"/> Asegurado <input type="checkbox"/> Apoderado <input type="checkbox"/> Proveedor <input type="checkbox"/> Productor de Seguros <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Otros		

**I. Datos Persona Natural o Representante Legal en caso de ser Persona Jurídica**

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Apellido Casada
Tipo de Identificación: <input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Carnet de Residente <input type="checkbox"/> RTN <input type="checkbox"/> Otra _____				
Número de Identificación	Lugar y Fecha de Expedición	Número de RTN	Fecha de Nacimiento	Edad
Lugar de Nacimiento	Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a)	Nombre del Cónyuge	
Nacionalidad	Profesión	Ocupación u Oficio Actual		
Dirección del Domicilio <input type="checkbox"/> Dirección de Cobro				
Barrio o Colonia	Zona	Calle	Avenida	Bloque No. Casa No.
Ciudad o Municipio	Departamento			País
Teléfono Fijo	Celular	Fax	Correo Electrónico	
Otras Referencias del Domicilio				
Dirección del Trabajo o Negocio <input type="checkbox"/> Dirección de Cobro				
Nombre de la Empresa o Nombre del negocio propio	Area / Departamento	Cargo que desempeña	Tiempo de Laborar	
Barrio o Colonia	Zona	Calle	Avenida	Bloque No. Casa No.
Ciudad o Municipio	Departamento			País
Teléfono Fijo	Celular	Fax	Correo Electrónico	Sitio Web
Otras Referencias de la Dirección del Lugar de Trabajo o Negocio Propio				

**II. Datos y Actividad Económica de Persona Jurídica**

Razón o Denominación Social		Nombre Comercial		
No. Inscripción Registro Mercantil		Fecha Inicio Operaciones	RTN	
Con que Instituciones Financieras posee cuentas		Giro o Actividad Económica		
Barrio o Colonia	Zona	Calle	Avenida	Bloque No. Casa No.
Ciudad o Municipio	Departamento			País
Teléfono 1	Teléfono 2	Celular	Fax	Sitio Web Correo Electrónico
Otras Referencias de la Dirección del Lugar de Trabajo o Negocio				
Tipo de Empresa: <input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Otra. Especificar: _____				
Actividad Económica: <input type="checkbox"/> Industrial <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Transporte <input type="checkbox"/> Construcción <input type="checkbox"/> Agrícola <input type="checkbox"/> Civil <input type="checkbox"/> Servicios Financieros <input type="checkbox"/> Otras: _____				

**III. Información de Otros Seguros**

Campaña Aseguradora	Tipo de Seguro	Moneda	Suma Asegurada

**IV. Beneficiarios (anotar nombre(s) completo(s) en letra de molde)**

Nombre del Beneficiario	No. De Identificación	Parentesco	Porcentaje (%)

En caso de requerir incluir mas beneficiarios, solicite hoja para anexarlos.

Ingresos percibidos por:  Asalariado  Independiente  Estudiante  Rentista  Socio  Pensionado  Jubilado  Otros \_\_\_\_\_

Especificar detalladamente la fuente de sus ingresos



## B. ESPECIFICACIONES DEL RIESGO

### I. Vigencia de la Póliza

Desde:	Hasta:	
--------	--------	--

### II. CESIONARIO

¿Existe Algún Gravámen Sobre el (los) Bien (es)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		A Favor De: _____
Compañía con la que está(n) o ha(n) estado asegurado(s) su(s) bien (es)	¿Alguna vez le han negado un seguro o prórroga del mismo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Compañía que se lo negó: _____		

### III. DESCRIPCION DEL BIEN ASEGURABLE

Moneda:  Lempiras  Dólares

Bienes a Asegurar	SUMA SOLICITADA
1. Edificio	
2. Maquinaria y Equipos Industriales	
3. instalaciones	
4. Existencia	
5. Suministros	
6. Mejoras	
7. Mobiliarios	
8. Efectos Personales	
9. Vehiculos	
10. Ductos, Lineas de Transmision y Distribucion	
11. Otros bienes (Especificar)	
<b>Totales</b>	
	DESGLOSE DE PRIMA
	<b>PRIMA NETA</b>
	Descuentos
	Regargos
	<b>SUB-TOTAL PRIMA NETA</b>
	Impuesto Sobre Ventas
	Gastos de Emisión
	<b>PRIMA TOTAL</b>

Frecuencia de Pago	Medio de Pago	Numero de Pagos
Contado <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/>	Efectivo <input type="checkbox"/> Tarjeta Credito o Debito <input type="checkbox"/> Debito automatico <input type="checkbox"/>	_____

\*Debito automático Solo con tarjeta de crédito, Débito, cuenta de ahorro o cuenta cheque.

<b>AUTORIZACION DE DEBITO AUTOMATICO</b>			Autoriza Débito Automático? <b>SI</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> <input type="checkbox"/>
Tipo de Tarjeta/Cuenta para Débito Automático	Numero de Tarjeta y/o Cuenta para Débito Automático	Valor a Debitar Automáticamente	
Tarjeta Débito <input type="checkbox"/> Tarjeta Crédito <input type="checkbox"/>	_____	_____	
Cuenta Ahorro <input type="checkbox"/> Cuenta Cheque <input type="checkbox"/>			

Autorizo debitar de mi tarjeta/cuenta el costo de la prima de seguro según la forma de pago seleccionada, dentro del rango de edades correspondiente.

Entiendo que Seguros Lafise Honduras cargara a mi tarjeta/cuenta el valor de mis primas hasta que notifique por escrito, a Seguros Lafise Honduras, la cancelación de esta autorización.

**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.**

### IV. ESPECIFICACIONES DE RIESGOS

Coberturas	AMPARADO	EXCLUIDO
1. Actos de terrorismo o sabotaje;		
2. Daños maliciosos;		
3. Disturbios, huelgas, conmoción civil, tumulto popular;		
4. Rebelión, revolución, golpe de estado, insurrección o amotinamiento.		
Riesgo Secundario: Saqueo como consecuencia directa de un riesgo cubierto		

### UBICACION DEL RIESGO

Colonia / Barrio		Anenida	
Calle		Bloque	
Casa / Edificio No.		Municipio	
Departamento		Pais	
Otras Referencias			

### DESCRIPCION DE LA EDIFICACION Y/O SUS CONTENIDOS

Descripción	Tipo de Paredes	Estrutura	Estructura de Techos	Puertas	Techo	piso	Cielo Razo	Ventana s
No. de Pisos	Concreto	Metal	Metal	Madera	Zinc	Ladrillo	Aislete	Madera
Año de Construcción	Madera	Madera	Madera	Vidrios	Asbesto	Mosaico	Nicalit	Vidrio
Area Construida	Bloque	Concretos	Otros:	Otros	Cocreto	Baldosas	Madera	Otros
Nivel donde estan los bienes	Ladrillo	Otros:			Otros:	Otros	Otros	
	Otros:							

<b>Tipo de Riesgo</b>				Detalle la actividad específica o giro del riesgo	
Oficina	Tienda	Bodega	Residencia	_____	
Ferretería	Supermercado	Escuela o colegio	Restaurante		
Farmacia	Imprenta	Beneficio	Otros:		



**MEDIDAS Y CONDICIONES DE SEGURIDAD Y/O PREVENCIÓN**

1. ¿Existen medidas de prevención contra incendio? Sí \_\_\_ No \_\_\_
2. ¿Tiene hidrantes? Sí \_\_\_ No \_\_\_ Propios \_\_\_ Públicos \_\_\_
3. ¿A qué distancia? M \_\_\_\_\_ ¿Tiene extinguidores? Sí \_\_\_ No \_\_\_
4. ¿Cuántos? ¿De qué clase? ¿Están vigentes? Sí No
5. Otros medios de prevención y extinción de incendios del que dispone:
6. ¿El cuerpo de bomberos a que distancia se encuentra?
7. ¿Tiene vigilancia? Sí No ¿Propia? Sí No ¿Fuera del local? Sí No
8. ¿Cuántos vigilantes? ¿Son vigilantes del solicitante? Sí No
9. ¿Qué tipo de armas utilizan?
10. ¿Quién cuida durante la noche y días festivos, tanto interior como exteriormente?
11. ¿Queda solo el local en algún momento? Sí No
12. ¿En el día? Sí No ¿En la noche? Sí No ¿Más de un día? Sí No

**MATERIAS PELIGROSAS**

1. ¿Hay existencia de productos inflamables? Sí \_\_\_ No \_\_\_
2. ¿De qué clase? \_\_\_\_\_ ¿En dónde se depositan? \_\_\_\_\_
3. ¿Qué porcentaje representa su valor en proporción al valor total de las mercaderías en existencias? \_\_\_\_\_
4. ¿Es inherente a la actividad ejercida por los ocupantes de edificio, la existencia de inflamables? Sí \_\_\_ No \_\_\_

**OTROS SEGUROS VIGENTES**

Compañía	Suma Asegurada	Poliza No.	Vencimiento	Solicitudes Rechazadas	
				Fecha	Compañía de seguros

**DECLARACIÓN DE ORIGEN DE FONDOS Y ACEPTACIÓN DE CLÁUSULA****Declaro expresamente que:**

1. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro del marco legal y económico y los recursos que poseo no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en legislación hondureña.
2. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente.
3. Acepto el hecho de que, de demostrarse falso testimonio en la información aquí presentada, las Compañías de Seguros están facultadas a dar por terminado el contrato de seguro según se indica en el artículo 1141 del Código de Comercio, sin que esto implique responsabilidad alguna de la Compañía Aseguradora frente al asegurado.

Lugar y fecha:

**VII. FIRMAS**

NOMBRE DEL SOLICITANTE	FIRMA DEL SOLICITANTE	CODIGO Y FIRMA DEL INTERMEDIARIO

ESTA SOLICITUD ESTA SUJETA A LA ACEPTACIÓN DEL RIESGO PREVIA INSPECCIÓN DEL MISMO

TIPO DE INSTITUCIÓN	DOCUMENTOS A PRESENTAR
EMPRESAS NACIONALES CON FINES DE LUCRO	1. RTN e Identificación del Representante Legal 2. Copia de escritura de constitución y sus reformas debidamente inscritas. 3. Copia del poder de representación
EMPRESAS EXTRANJERAS QUE OPERAN EN HONDURAS	1. RTN e Identificación del Representante Legal 2. Permiso de operación debidamente inscrito.
ESCUELAS PUBLICAS	1. RTN e Identificación del Representante Legal 2. Decreto de creación (Publicación del Diario Oficial La Gaceta).
IGLESIAS, ONG, PATRONATOS Y FUNDACIONES (INSTITUCIONES SIN FINES DE LUCRO)	1. RTN e Identificación del Representante Legal 2. Personería Jurídica y estatutos vigentes, debidamente inscritos, extendida por la Secretaría del Interior, antes llamado Secretaría de Gobernación y Justicia. 3. Certificación de registro emitida por la Secretaría del Interior.
EMBAJADAS	1. RTN e Identificación del Representante Legal 2. Nombre del embajador. 3. Copia del acuerdo de existencia de la Embajada (entre ambos Gobiernos).

Adicional a lo anterior y a excepción de las escuelas públicas e iglesias, se debe solicitar lo siguiente:

Certificación de junta directiva que contenga el nombre completo y No. De identidad de los socios o accionistas de la empresa (Este documento deberá venir firmado y sellado por el secretario de la junta directiva).

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No.52/28-10-2019.

