

Tipo de Persona: Natural Jurídica Comerciante Individual

Para Uso Exclusivo de la Aseguradora

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 respuesta 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 Pasaporte 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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
			Total Acciones	<input type="text"/>

Especificar Beneficiario Final o Controlante de la Sociedad

Miembros de la Junta Directiva

Nombre Completo	No. Identificación	Cargo en la Junta
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



4. Referencia de los Principales Proveedores

Nombre del Proveedor	Teléfono	Tiempo de la Relación Comercial
----------------------	----------	---------------------------------

5. Seguros con otra Aseguradora

Ramo	Nombre del Compañía de Seguros
------	--------------------------------

6. Especificación del Riesgo

I. Datos del Vehículo

Marca Tipo Modelo Año Placa
 Color No. Serie No. Motor No. Vin
 No. Cilindros Tipo de Transmisión: Mecánica Automática Tipo de Combustible: Gasolina Diesel Otro
 Capacidad: Personas Toneladas Uso del Vehículo
Equipo Especial
 Antena Manual Radio Ecualizador Spoilers Faros de Niebla Camper Parrilla Reloj
 CD Player/ Casetera Aire Acondicionado Otros (Especifique): _____
 Estado en que lo Adquirió: Nuevo Usado Fecha de Adquisición Vehículo con Dispensa Fiscal Si No
 Valor del Vehículo: Con Dispensa Con Impuesto
 ¿Existe Algún Gravamen Sobre el Vehículo? Si No A favor de: _____
 Uso del vehículo: Particular Trabajo Alquiler Diplomático Misión Internacional Otra (Especifique): _____
 Utiliza el vehículo en su Ocupación Si No

II. Información Adicional

Aseguradora con la que está(n) o ha(n) estado asegurado(s) su(s) vehículo(s)
 ¿Alguna vez le han negado un seguro de vehículo o prórroga? Si No ¿Por qué? _____
 ¿Qué compañía se lo negó? _____
 ¿El vehículo será manejado por personas cuya licencia tiene menos de un año de ser extendida? Si No
 ¿Manejarán el vehículo personas menores de 21 y mayores de 65 años de edad? Si No Desea la Cobertura? Si No
 Nombre completo
 No. Identificación Fecha Nacimiento Edad
 Tipo de Licencia: Liviana Pesada Motocicleta Tipo de Cobertura de la Licencia: Nacional Internacional

7. Descripción de Coberturas, Límites de Sumas Aseguradas, Primas, Deducibles y Coaseguros

Descripción	Suma Asegurada	Moneda: <input type="radio"/> Lempiras <input type="radio"/> Dólares		
		% Deducible	Monto Deducible	% Coaseguro
A. Colisiones y/o Vuelcos Accidentales				
B.1. Incendio, Rayo y/o Auto ignición	<input type="radio"/> Amparado			
B.2. Robo Total del Automóvil	<input type="radio"/> Amparado			
B.3. Huelgas y Alborotos Populares	<input type="radio"/> Amparado			
C. Responsabilidad Civil Daños a Terceros en sus Bienes				
D. Responsabilidad Civil Daños a Terceros en sus Personas. Límite por persona				
E. Rotura de Cristales	<input type="radio"/> Amparado			
F. Equipo Especial (detallarlo)	<input type="radio"/> Amparado			
G. Fenómenos Naturales y Explosión	<input type="radio"/> Amparado			
H. Extensión Territorial <input type="radio"/> Honduras <input type="radio"/> C. América y Panamá <input type="radio"/> Amparado				
I. Gastos Médicos. Límite por Ocupante				
J. Seguro de Ocupantes Límite por persona				
J.1 Muerte Accidental				
J.2 Incapacidad Total y Permanente				
Riesgos que pueden ser cubierto mediante convenio expreso:				
1. Los siniestros que ocurran mientras el vehículo asegurado sea manejado por menores de 21 años o mayores de 65 años, a no ser que se haya pactado lo contrario				
2. Los daños materiales causados a los aditamentos de los cristales, como ser, polarizados y otros, salvo que se haya pactado lo contrario.				
3. Los daños causados a carrocerías				
Cobertura de Menor de Edad	<input type="radio"/> Amparado <input type="radio"/> Excluido			
Cobertura de Mayor de Edad	<input type="radio"/> Amparado <input type="radio"/> Excluido			

DEDUCIBLES Y COASEGUROS PARA PÓLIZAS COLECTIVAS

TIPO DE VEHICULO:	Riesgos	% Deducible	% Coaseguro	% Deducible	% Coaseguro	% Deducible	% Coaseguro
A, B1, B3, G:	Pérdida Parcial						
B2.	Robo Total						
C.	Daños a Terceros Bienes						
D.	Daños a Terceros Personas						
E.	Rotura de Cristales						
F.	Equipo especial						
H.	Extensión C.A. y Panamá						



