

SEGURO DE TRANSPORTE SOLICITUD DE SEGURO

Tipo de Persona: Natural Jurídica Comerciante Individual

Para Uso Exclusivo de la Aseguradora						
Tipo Relación/Rol: <input type="radio"/> Contratante <input type="radio"/> Afianzado <input type="radio"/> Asegurado <input type="radio"/> Acreedor <input type="radio"/> Reasegurador <input type="radio"/> Intermediario <input type="radio"/> Beneficiario <input type="radio"/> Apoderado <input type="radio"/> Proveedor <input type="radio"/> Corredor de Reaseguro <input type="radio"/> Otro						
ID Cliente	<input type="text"/>	Categoría Riesgo	<input type="text"/>	Cliente:	<input type="radio"/> Nuevo <input type="radio"/> Existente	
ID Acreedor	<input type="text"/>	Categoría Riesgo	<input type="text"/>	Cliente:	<input type="radio"/> Nuevo <input type="radio"/> Existente	
No. Trámite	<input type="text"/>	No. Oferta	<input type="text"/>	No. Póliza	<input type="text"/>	
1. Datos Personales del Asegurado o del Representante Legal						
Apellidos	<input type="text"/>		Nombres	<input type="text"/>		
Fecha Nacimiento	<input type="text"/>	Edad	<input type="text"/>	Lugar de Nacimiento	<input type="text"/>	
Sexo:	<input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Masculino		Estado Civil:	<input type="radio"/> Soltero (a) <input type="radio"/> Casado (a) <input type="radio"/> Divorciado (a) <input type="radio"/> Viudo (a)		
No. Identificación	<input type="text"/>		No. R.T.N.	<input type="text"/>		
Tipo Identificación:	<input type="checkbox"/> Cédula	<input type="checkbox"/> Pasaporte	<input type="checkbox"/> Residencia	No. Seguro Social	<input type="text"/>	
Ocupación	<input type="text"/>		1ra. Nacionalidad	<input type="text"/>		
Profesión	<input type="text"/>		2da. Nacionalidad	<input type="text"/>		
¿Se ha desempeñado como funcionario público en un puesto con poder de decisión o con acceso a recursos públicos? Si No						
Ocupación PEP'S	<input type="text"/>		Nombre Institución	<input type="text"/>		
¿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	<input type="text"/>		Avenida	<input type="text"/>	Calle	
Bloque No.	<input type="text"/>	Casa / Edificio No.	<input type="text"/>	Municipio	<input type="text"/>	
Departamento	<input type="text"/>		País	<input type="text"/>		
<input type="text"/> Otras referencias de la dirección						
Contacto Directo con el (la) Solicitante del Seguro						
Tel. Casa	<input type="text"/>		Correo Personal	<input type="text"/>		
Celular	<input type="text"/>		Forma de Contacto:	<input type="radio"/> Tel. Casa <input type="radio"/> Celular <input type="radio"/> Correo electrónico		
Autoriza a Seguros LAFISE a enviar información a mi correo electrónico? Si No						
Datos del Cónyuge						
Apellidos	<input type="text"/>		Nombres	<input type="text"/>		
Teléfono Casa	<input type="text"/>		No. Identificación	<input type="text"/>		
Celular	<input type="text"/>		Correo Electrónico	<input type="text"/>		
Ocupación Actual	<input type="text"/>		Profesión	<input type="text"/>		
¿Trabaja?	Si <input type="radio"/> No		Lugar de Trabajo	<input type="text"/>		
Dirección de Trabajo		<input type="text"/>				
Datos laborales (Actividad Económica)						
Nombre Empresa	<input type="text"/>					
Tipo de Actividad	<input type="text"/>		Explicar	<input type="text"/>		
Ámbito de Negocio	<input type="text"/>		Origen de Fondos	<input type="text"/>		
Cargo o Posición	<input type="text"/>		Fecha Ingreso	<input type="text"/>		
Dirección del Trabajo de asegurado o Representante Legal						
Barrio / Colonia	<input type="text"/>		Avenida	<input type="text"/>	Calle	
Bloque No.	<input type="text"/>	Casa/Edificio No.	<input type="text"/>	Municipio	<input type="text"/>	
Departamento	<input type="text"/>		País	<input type="text"/>		
Tel. Empresa	<input type="text"/>		Correo Electrónico Trabajo	<input type="text"/>		
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 <input type="text"/>	
Origen de Fondos:	Ahorro	Empresa	Honorarios Legales	Pensión	Salario	
	Dependientes	Herencia	Negocio Propio	Jubilación	Renta de Bienes	
	Socio	Otros:	<input type="text"/>			
Datos de la persona de quién depende económicamente						
Apellidos	<input type="text"/>		Nombres	<input type="text"/>		
No. Identificación	<input type="text"/>		Tipo de Dependencia	<input type="radio"/> Tutor <input type="radio"/> Representante Legal		
Tipo Identificación:	<input type="checkbox"/> Cédula	<input type="checkbox"/> Paspate	<input type="checkbox"/> Residencia	Origen de Ingresos	<input type="text"/>	
Actividad Económica	<input type="text"/>		Ocupación	<input type="text"/>		

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 Industrial Civil Servicios Comercial Servicios Financieros Construcción Turismo Religiosa Transporte Entidad Pública 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 ___		
		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

