

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

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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
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

6. Especificación del Riesgo

I. Ubicación del Bien

Barrio / Colonia Avenida Calle

Bloque No. Casa / Edificio No. Municipio

Departamento País

Otras referencias de la dirección

II. Sobre los bienes a asegurar

Nombre del propietario del edificio que contiene los bienes por asegurar

Nombre de propietario de los bienes por asegurar:

III. Descripción de la Edificación

Tipo de Construcción: Maciza Madera Superior Tipo de Bien: Casa de Habitación Edificio Contenido

Año de Construcción: Actividad Area de Construcción mts²

Tipo de Fachada: Concreto Concreto, Madera y Metal Madera Metal

Tipo de Pared Estructura Pared

Tipo Techo Estructura Techo

Tipo Cielo Raso Entrepiso:

Tipo de Piso No. de Pisos

IV. Colindancias

Al Norte

Al Sur

Al Este

Al Oeste

V. Información Adicional

¿Existe Algún Gravamen Sobre el Bien? Si No

A Favor de:

¿Se depositan sustancias inflamables dentro del edificio? Si No

Explique los tipos de Sustancias

¿Alguna vez le han negado un seguro de incendio o prórroga? ¿Por qué? Si No

¿Quién se lo negó?

¿Ha tenido algún tipo de siniestro en los últimos años? Si No

¿A cuánto ascendió la pérdida? Causas

¿Se han hecho cambios en el inmueble después del siniestro? Si No

Describelos

¿Los bienes aquí descritos están o han estado asegurados con otra compañía de seguros? Si No

¿Cuándo? ¿Suma Asegurada?

¿Con qué Compañía?

7. Descripción de los bienes a asegurar

Rubros	Suma a asegurar
Edificio	
Mejoras e instalaciones	
Menaje de casa	
Mobiliario y equipo de oficina	
Cristales. Describir:	
Rótulos. Describir:	
Seguro de Renta (Valor Renta Mensual) L. <input type="text"/> \$.	
Periodo de Indemnización <input type="text"/> Meses	
Suma total a asegurar	



8. Descripción de Riesgos, Deducibles y Coaseguros, según propuesta aceptada por el solicitante:

Tipo de Póliza: <input type="radio"/> Individual <input type="radio"/> Colectiva		Moneda: <input type="radio"/> Lempiras <input type="radio"/> Dólares		
Descripción	Suma Asegurada	% Deducible	Monto	%
1. Incendio y/o Rayo (Cobertura Básica)				
2. Terremoto, temblor y/o erupción volcánica, caída de ceniza y/o arena volcánica e incendio consecutivo; cualquiera que sea la intensidad o magnitud y origen del fenómeno que los provoque.	<input type="radio"/> Amparado <input type="radio"/> Excluido			
3. Derrumbe total del bien asegurado y/o derrumbe parcial que afecte la estabilidad del mismo, ocurrido en forma súbita e imprevista	<input type="radio"/> Amparado <input type="radio"/> Excluido			
4. Deslaves, movimientos de tierra, deslizamiento, hundimiento y/o ablandamiento de terreno, sin importar sus causas	<input type="radio"/> Amparado <input type="radio"/> Excluido			
5. Pérdidas o daños materiales causados por tifón, huracán, rebozo de mar, ciclón, vientos tempestuosos, caída de árboles y/o granizos	<input type="radio"/> Amparado <input type="radio"/> Excluido			
6. Pérdidas o daños materiales por todo tipo de inundación	<input type="radio"/> Amparado <input type="radio"/> Excluido			
7. Pérdidas o daños materiales por caída de naves aéreas, objetos caídos de las mismas y/o colisión de vehículos terrestres	<input type="radio"/> Amparado <input type="radio"/> Excluido			
8. Filtración de aguas lluvias y/o aguas negras	<input type="radio"/> Amparado <input type="radio"/> Excluido			
9. Pérdidas o daños materiales por explosión; y	<input type="radio"/> Amparado <input type="radio"/> Excluido			
10. Daños por agua, humo y otros al intervenir los bomberos	<input type="radio"/> Amparado <input type="radio"/> Excluido			

9. 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		Primer pago de _____ y Pagos de _____	
Gastos de Emisión			
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.

10. Beneficiarios de la Póliza

Nombre del Beneficiario	No. Identificación	Parentesco	Porcentaje
1)			
2)			
3)			
4)			
5)			
Total Designado			

11. 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:

- 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.
- La información que he suministrado en esta solicitud es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente.
- 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.
- 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: _____

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No. xx/xx-xx-xxx

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: _____

