

## SEGURO DE RIESGOS DE MONTAJE SOLICITUD DE SEGURO

**Tipo de Persona:**      Natural      Jurídica      Comerciante Individual

Para Uso Exclusivo de la Aseguradora						
Tipo Relación/Rol:	<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="text"/>	Cédula    Pasaporte    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			
<b>Dirección de Domicilio</b>						
Barrio / Colonia	<input type="text"/>		Avenida	<input type="text"/>	Calle	<input type="text"/>
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						
<b>Contacto Directo con el (la) Solicitante del Seguro</b>						
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 <input type="radio"/> No						
<b>Datos del Cónyuge</b>						
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"/>			Teléfono	<input type="text"/>	
Dirección de Trabajo	<input type="text"/>					
<b>Datos laborales (Actividad Económica)</b>						
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"/>		
<b>Dirección del Trabajo de asegurado o Representante Legal</b>						
Barrio / Colonia	<input type="text"/>		Avenida	<input type="text"/>	Calle	<input type="text"/>
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"/>		
<b>Tipo Contratación:</b> Permanente      Temporal <b>Moneda de ingresos:</b> Lempiras      Dólares      Euros						
<b>Nivel aproximado de Ingresos según el salario mínimo mensual vigente (SMMV)</b>						
De 0-3		De 4-6		De 7-10		
De 11-20		De 21-50		De 50 en adelante		
<b>Actividad:</b>	Ama de Casa	Asalariado	Comerciante Individual	Pensionado	Negocio Propio	
	Estudiante	Jubilado	Renta de Bienes	Socio	Otra _____	
<b>Origen de Fondos:</b>	Ahorro	Empresa	Honorarios Legales	Pensión	Salario	
	Dependientes	Herencia	Negocio Propio	Jubilación	Renta de Bienes	
	Socio	Otros:	_____			
<b>Datos de la persona de quién depende económicamente</b>						
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="text"/>	Cédula    Pasparte    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 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
		Si ___ No ___		
		Si ___ No ___		
		Si ___ No ___		
		Si ___ No ___		
		Si ___ No ___		
		Si ___ No ___		
		Si ___ No ___		
		Si ___ No ___		
		Si ___ No ___		
			<b>Total Acciones</b>	

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





COMO CONSTANCIA DE HABER LEIDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTERIOR, DECLARO QUE LA INFORMACION QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA 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: \_\_\_\_\_

Texto Registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No.11/24-03-2021.