

SEGURO DE TODO RIESGO DE CONTRATISTA
SOLICITUD DE SEGURO

Tipo de Persona: Natural Jurídica Comerciante Individual

Para Uso Exclusivo de la Compañía

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

Tel. Casa Correo Personal

Celular Forma de Contacto: ☐ Tel. Casa ☐ Celular ☐ Correo electrónico

Autoriza a Seguros LAFISE HONDURAS S.A., 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



1.1 Datos Personales del Contratista			
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 Pasparte 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			
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 ☐			
1.2 Datos Personales del Sub-Contratista			
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 Pasparte 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			
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 ☐			
1.3 Datos Personales del Ingeniero Consultor			
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 Pasparte 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			



