

SEGURO DE INCENDIO Y LINEAS ALIADAS 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 respuesta es si: Nombre _____			Identificación _____			
Dirección de Domicilio						
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 _____						
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 <input type="radio"/> 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"/>			Teléfono	<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 <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"/>		
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	<input type="text"/>		Nombres	<input type="text"/>		
No. Identificación	<input type="text"/>		Tipo de Dependencia	<input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Representante Legal		
Tipo Identificación:	<input type="checkbox"/> Cédula <input type="checkbox"/> Pasparte <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 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 ___		
			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	<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		
II. Sobre los bienes a asegurar		
Nombre del propietario del edificio que contiene los bienes por asegurar		
<input type="text"/>		
Nombre de propietario de los bienes por asegurar:		
<input type="text"/>		
III. Descripción de la Edificación		
Tipo de Construcción:	Maciza Madera Superior	Tipo de Bien: Casa de Habitación Edificio Contenido
Año de Construcción:	<input type="text"/> Actividad <input type="text"/>	Area de Construcción mts ² <input type="text"/>
Tipo de Fachada:	Concreto Concreto, Madera y Metal Madera Metal	
Tipo de Pared	<input type="text"/>	Estructura Pared <input type="text"/>
Tipo Techo	<input type="text"/>	Estructura Techo <input type="text"/>
Tipo Cielo Raso	<input type="text"/>	Entrepiso: <input type="text"/>
Tipo de Piso	<input type="text"/>	No. de Pisos <input type="text"/>
IV. Colindancias		
Al Norte	<input type="text"/>	Al Sur <input type="text"/>
Al Este	<input type="text"/>	Al Oeste <input type="text"/>
V. Información Adicional		
¿Existe Algún Gravamen Sobre el Bien? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No		
A Favor de: <input type="text"/>		
¿Se depositan sustancias inflamables dentro del edificio? Si No		
Explique los tipos de Sustancias <input type="text"/>		
¿Alguna vez le han negado un seguro de incendio o prórroga? ¿Por qué? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No		
¿Quién se lo negó? <input type="text"/>		
¿Ha tenido algún tipo de siniestro en los últimos años? Si No		
¿A cuánto ascendió la pérdida? <input type="text"/> Causas <input type="text"/>		
¿Se han hecho cambios en el inmueble después del siniestro? Si No		
Describelos <input type="text"/>		
¿Los bienes aquí descritos están o han estado asegurados con otra compañía de seguros? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No		
¿Cuándo? <input type="text"/> ¿Suma Asegurada? <input type="text"/>		
¿Con qué Compañía? <input type="text"/>		

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. _____ \$.			
Periodo de Indemnización _____ 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	
COBERTURA BASICA "A" DAÑOS AL BIEN ASEGURADO			
1. Incendio, fulminación o accidentes de naturaleza semejantes	<input type="radio"/> Amparado <input type="radio"/> Excluido		
2. Pérdida o daños materiales por explosión	<input type="radio"/> Amparado <input type="radio"/> Excluido		
3. Por impacto directo de rayo (descarga eléctrica atmosférica) en los bienes asegurados descritos en las condiciones particulares de ésta póliza.	<input type="radio"/> Amparado <input type="radio"/> Excluido		
4. Daños por Agua, humo al intervenir los bomberos, o por los esfuerzos desplegados específicamente para controlar un siniestro amparado por la póliza.	<input type="radio"/> Amparado <input type="radio"/> Excluido		
5. Tumultos populares, huelga o disturbios laborales, paro legal, conmoción civil, daño vandálico o malicioso, y el incendio derivado de los mismos.	<input type="radio"/> Amparado <input type="radio"/> Excluido		
6. Pérdida o daños materiales por colisión o caída accidental de aviones y objetos caídos de los mismos, y/o colisión de vehículos terrestres o acuáticos o partes que se desprendan de los mismos.	<input type="radio"/> Amparado <input type="radio"/> Excluido		
7. Caída de árboles, antenas y torres de transmisión de electricidad y similares.	<input type="radio"/> Amparado <input type="radio"/> Excluido		
8. Pérdida o daños materiales por todo tipo de Inundación.	<input type="radio"/> Amparado <input type="radio"/> Excluido		
9. Humo proveniente de una repentina (no usual y defectuosa) operación de hogares, aparatos domésticos o industriales, ubicados dentro del predio descrito en las Condiciones Particulares de esta póliza y siempre que ellos estén conectados a una chimenea o aparato extractor de aire.	<input type="radio"/> Amparado <input type="radio"/> Excluido		
COBERTURA BASICA "B" RIESGOS DE LA NATURALEZA Y CATASTROFICOS			
1. Terremoto o Temblor de Tierra, y el incendio derivado del mismo.	<input type="radio"/> Amparado <input type="radio"/> Excluido		
2. Erupción volcánica o fuego subterráneo, caída de cenizas, y/o arena volcánica e incendio consecutivo; cualquiera sea la intensidad o magnitud y origen del fenómeno que lo provoque.	<input type="radio"/> Amparado <input type="radio"/> Excluido		
3. Maremoto, fuego subterráneo y el incendio derivado de los mismos; cualquiera que sea la intensidad o magnitud y origen del fenómeno que lo provoque.	<input type="radio"/> Amparado <input type="radio"/> Excluido		
4. Pérdidas o daños materiales causados por Ciclón, Huracán, Tifón, Tormenta Tropical y Tornado o Vientos Tempestuosos y Granizo.	<input type="radio"/> Amparado <input type="radio"/> Excluido		
5. Pillaje, en caso de catástrofes.	<input type="radio"/> Amparado <input type="radio"/> Excluido		
6. Inundación (Normal y Amplia)	<input type="radio"/> Amparado <input type="radio"/> Excluido		
6.1. Desbordamiento de quebradas, ríos, lagos, lagunas, embalses o depósitos de agua, naturales o artificiales, de cualquier naturaleza.			
6.2.- Rotura de diques o cualquier obra de defensa hidráulica.			
6.3.- Crecida de mar, marejada, mar de fondo o mar de leva.			
6.4.- Lluvias torrenciales y/o Congestionamiento de desagües o tragantes.			
6.5.- Caída de agua originada por el desbordamiento causado en acueductos, alcantarillados o estructuras similares, tuberías de agua, cañerías maestras o tanques usados como depósitos normales de agua.			
6.6.- Aumento del caudal del sistema interno de los edificios o instalaciones o provenientes de corrientadas de agua de calles o avenidas adyacentes.			
COBERTURAS ESPECIALES BAJO CONVENIO EXPRESO			
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
#			
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		
Día Mes Año	Día Mes Año		
Agravación del Riesgo: El Asegurado deberá comunicar a La Aseguradora 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 Aseguradora 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:			
1. 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.			
2. La información que he suministrado en esta solicitud es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente.			
3. Acepto el hecho que de demostrarse falso testimonio de la información aquí presentada, la Aseguradora 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 Aseguradora frente al asegurado.			
4. 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 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 POL GPU No.65/20-08-2020