

SEGURO DE EMBARCACIONES

SOLICITUD DE SEGURO

Tipo de Persona:

NaturalJurídicaComerciante Individual

Para Uso Exclusivo de la Aseguradora

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 repuesta 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

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

Explicar

Tipo de Actividad

Origen de Fondos

Ámbito de Negocio

Fecha Ingreso

Cargo o Posición

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

Pasparte

Residencia

Origen de Ingresos

Actividad Económica

Ocupación

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. Ubicación de la Embarcación			
I. Ubicación del Bien			
Barrio / Colonia		Avenida	Calle
Bloque No.	Casa / Edificio No.	Municipio	
Departamento		País	
Puerto/Muelle			
Otras referencias de la dirección			
7. Uso de la Embarcacion			
El barco sera utilizado para:		Bandera:	
Fecha de la última inspeccion en dique seco:		No. de licencia:	
8. Datos de la embarcacion			
Nombre del Propietario:			
Valor del Barco:			
Nombre del barco:		Registrado en:	
Construido en:		Año de Construccion:	
Material del Casco:		Tonelaje Bruto:	Tonelaje Neto:
Dimensiones:		Manga:	Puntal:
Marca del Motor:		Fuerza Motor:	Matricula:
Descripcion de la maquinaria de propulsion:			
1. Nombre del Capitàn que exclusivamente podrá navegar el barco:			
Licencia No:		Fecha de Otorgamiento:	
Bandera:		Experiencia:	
2. Nombre del Capitàn que exclusivamente podrá navegar el barco:			
Licencia No:		Fecha de Otorgamiento:	
Bandera:		Experiencia:	
Limites geograficos de Navegacion:			
Puerto Base:			
9. Bienes y Riesgos por Asegurar			
No	Descripcion	Suma Propuesta (L ó \$)	
1	Casco		
2	Maquinaria, motores y todo cuanto con ello este relacionado		
3	Responsabilidad Civil Limite Unico y Combinado		
	Total		
10. Coberturas			
Descripcion		Amparado/Excluído	Tasa por ciento (%)
Coberturas básicas			
Cobertura "A" Daño Directo de la Embarcacion			
Cobertura "B" Perdida Total de la Embarcacion			
Coberturas Adicionales Opcionales: (Mediante aceptación del pago de la prima adicional correspondiente)			
Cobertura "C" Responsabilidad Civil por Lesiones y/o Muerte o Daños a Bienes de Terceras Personas			
Cobertura "D" Responsabilidad Civil por Lesión y/o Muerte de Pasajeros y Tripulantes Ocupantes de la Embarcacion			
11. Otras Claúsulas Especiales			
12. Resumen			
No	Detalle	Tasa por ciento (%)	Valor de Prima
		Prima Neta	
		Impuesto	
		Gastos de Emision	
		Prima Total	

13. Deducible

14. 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			
Gastos de Emisión		Primer pago de	y Pagos de
Prima total			

No obstante el convenio de pagos especiales arriba indicado, la Aseguradora se reserva el derecho de exigir al Asegurado el pago total del saldo

9. Beneficiarios de la Póliza

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

10. Vigencia del Seguro:

Desde: / / a las 12:00 del mediodía
Día Mes Año

Hasta: / / a las 12:00 del mediodía
 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

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.36/11-06-2021