

## SEGURO DE INCENDIO MULTIRRIESGO

Tipo de Persona:      Natural      Jurídica      Comerciante Individual

### Para Uso Exclusivo de la Aseguradora

Tipo Relación/Rol:						
<input type="radio"/>						
<input type="radio"/>						
ID Cliente	<input type="text"/>	Categoría Riesgo	<input type="text"/>	Cliente:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ID Acreedor	<input type="text"/>	Categoría Riesgo	<input type="text"/>	Cliente:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
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="radio"/> Cédula <input type="radio"/> Pasaporte <input type="radio"/> 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? <span style="float: right;"><input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No</span>			
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? <span style="float: right;"><input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No</span>			
Si su repuesta es si: Nombre <input type="text"/>		Identificación <input type="text"/>	

#### 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"/>	
Otras referencias de la dirección <input type="text"/>		

#### 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? <span style="float: right;"><input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No</span>	

#### 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? <input type="radio"/> 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 <input type="text"/>	
Origen de Fondos:	Ahorro	Empresa	Honorarios Legales	Pensión	Salario	
	Dependientes	Herencia	Negocio Propio	Jubilación	Renta de Bienes	
	Socio	Otros: <input type="text"/>				

#### 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="radio"/> Tutor <input type="radio"/> Representante Legal		
Tipo Identificación: <input type="radio"/> Cédula <input type="radio"/> Pasparte <input type="radio"/> 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





**17. 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 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:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_