

SEGURO DE DINERO Y VALORES 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				
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 repuesta 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"/>	
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?			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="radio"/> Tutor	<input type="radio"/> 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	<input style="width: 95%;" type="text"/>		
Nombre Comercial	<input style="width: 95%;" type="text"/>		
Registro Mercantil	Matricula No. <input style="width: 150px;" type="text"/>	Inscripción con Presentación No. <input style="width: 150px;" type="text"/>	
No. Identificación	<input style="width: 150px;" type="text"/>	Tipo de identificación:	R.T.N. <input type="checkbox"/> Otra. <input type="text"/>
Fecha de Constitución	<input style="width: 150px;" type="text"/>	Lugar de Constitución	<input style="width: 150px;" type="text"/>
País Origen	<input style="width: 150px;" type="text"/>	Países en que opera	<input style="width: 150px;" type="text"/>

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___		
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

5. Capital Social

6. Actividad del Negocio

Actividad Principal

Número de Vendedores	Número de Colaboradores
Personal de Confianza dentro del Predio (adjuntar detalle)	Número de Traslado Diario

Horas de los Recorridos:

7. Especificación del Riesgo

No.	Descripción	Suma Propuesta (L ó \$)
1	Perdidas dentro del local	
	a) Robo o intento de robo, entendiéndose por tal el perpetrado dentro del local en que se encuentren los bienes asegurados, haciendo uso de la fuerza, violencia o intimidación sobre las personas de tal manera que se vea amenazada su integridad física. Queda establecido que fuera de las horas de trabajo, los bienes deberán mantenerse dentro de las cajas fuertes o bóvedas instaladas dentro del local.	
	b) Pérdida de los bienes, causada por incendio o explosión ocurridos en el lugar en donde se encuentren.	
	c) Daño a cajas fuertes, bóvedas, gavetas cerradas con llave, cajas registradoras causadas en el robo o intento de robo de los bienes asegurados.	
2	Perdidas fuera del local (En Tránsito)	
	a) Robo por asalto o intento de asalto, perpetrado sobre las personas encargadas del transporte de bienes , m	
	b) Pérdida o robo de los bienes asegurados, directamente atribuibles a la incapacidad provocada por enfermedad repentina o causada por un accidente que le produzca pérdida del conocimiento, lesiones corporales o la muerte a las personas encargadas de su transporte.	
	c) Pérdida o robo de los bienes asegurados, causado por incendio, explosión, rayo, caída, descarrilamiento, colisión o vuelco del vehículo en el cual sean transportadas las personas llevando los bienes asegurados; así como por hundimiento o rotura de puentes.	
	BIENES ASEGURABLES	
	a) Dentro de las cajas fuertes o bóvedas instaladas en sus oficinas.	
	b) En cajas registradoras o colectoras o en poder de sus cajeros, pagadores, cobradores o de cualquier otro empleado o funcionario dentro de las propias oficinas durante las horas de trabajo.	
	c) En poder de sus cajeros, pagadores, cobradores o de cualquier otro empleado o funcionario, fuera de las oficinas del Asegurado, con el propósito de efectuar depósitos o retiros bancarios, cobros o pagos dentro de los límites que se indican en la póliza.	
	Total	

8. Otras Clausulas especiales

9. Resumen

Detalle	Suma Propuesta (L ó \$)	Tasa %	Valor de Prima (L ó \$)
1			
2			
3			
4			
		Prima Neta	
		ISV	
		Gastos Emision	
		Prima Total	

10. Deducible

8. 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 pendiente al ocurrir un siniestro total o parcial, amparado conforme las Condiciones Generales de la Póliza.

9. Beneficiarios de la Póliza

Nombre del Beneficiario	No. Identificación	Parentesco	Porcentaje

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: _____