

SEGURO COLECTIVO DE VIDA CON COBERTURAS ADICIONALES

SOLICITUD DE SEGURO

I. DATOS DEL CONTRATANTE (COMPLETE ÚNICAMENTE SI EL SOLICITANTE ES PERSONA NATURAL):					
a) DATOS GENERALES:					
Nombres:		Primer apellido:		Segundo apellido:	
Lugar de nacimiento:		Fecha de nacimiento:		Edad:	
		Día Mes Año			
Tipo de identificación: DNI ☐ Pasaporte ☐ Carné de residente ☐			Número de identificación:		RTN:
Profesión u oficio:		Estado civil: Soltero ☐ Casado ☐ Viudo ☐ Unión Libre ☐		Sexo: Masculino ☐ Femenino ☐	
Nombre del cónyuge:			DNI del Cónyuge:		
b) DIRECCIÓN DE RESIDENCIA DEL CONTRATANTE:					
País:		Departamento:		Municipio:	
Calle:		Avenida:		Bloque:	
Correo electrónico:		Número de teléfono celular:		Número de teléfono de casa:	
Es comerciante individual: Sí ☐ No ☐		Nombre del negocio (si aplica):		Giro del negocio:	
Nombre de lugar de trabajo:		Cargo que desempeña:		Tiempo de laborar:	
c) DIRECCIÓN LABORAL DEL CONTRATANTE:					
País:		Departamento:		Municipio:	
Calle:		Avenida:		Bloque:	
Número de teléfono:		Correo electrónico:		Sitio web:	
				Apartado postal:	
II. DATOS GENERALES (COMPLETE ÚNICAMENTE SI EL SOLICITANTE ES PERSONA JURÍDICA)					
a) DENOMINACIÓN Y RAZÓN SOCIAL:					
Objeto social y/o actividad económica:		Registro tributario nacional (RTN):		Fecha de constitución:	
				Día Mes Año	
b) DATOS REPRESENTANTE LEGAL:					
Nombre Representante Legal:			Documento Nacional de Identificación (DNI):		
c) DIRECCIÓN DEL CONTRATANTE:					
País:		Departamento:		Municipio:	
Calle:		Avenida:		Bloque:	
				No. Casa:	

Número de teléfono fijo:	Número teléfono celular:	Número de Fax:	Apartado postal:
Correo electrónico:		Sitio Web:	
d) DEPARTAMENTO Y/O PAÍSES EN LOS QUE OPERA:			
e) TIPO DE EMPRESA:			
Privada: ☐ Pública: ☐ Mixta: ☐			
f) DETALLE TIPO DE EMPRESA:			
Según actividad económica: Agrícola ☐ Industrial ☐ Civil ☐ Servicios Financieros ☐ Construcción ☐ Transporte ☐ Comercial ☐ Otro: _____		Según actividad jurídica: APNFD ☐ Empresas Nacionales con fines de lucro ☐ Cooperativas ☐ Empresas extranjeras que operan en el país ☐ Embajadas ☐ Instituciones sin fines de lucro ☐ Escuelas Públicas ☐ Empresas del Estado ☐	
g) SU EMPRESA PERTENECE A UN GRUPO FINANCIERO:			
Sí ☐ No ☐ Detalle:			
III. MONEDA EN QUE SE EMITIRÁ EL SEGURO SOLICITADO			
Lempiras ☐ Dólar estadounidense ☐			
IV. VIGENCIA DE LA POLIZA:			
Desde:		Hasta:	
al medio día		al medio día	
V. INFORMACIÓN DE OTROS SEGUROS:			
¿Tiene contratados otros seguros? Sí ☐ No ☐ En caso afirmativo detalle a continuación, nombre de la aseguradora, tipo de seguro y suma asegurada:			
VI. ENTREGA DE CORRESPONDENCIA Y COMUNICACIONES AL CONTRATANTE DEL SEGURO			
Dirección de residencia ☐ Dirección laboral ☐ Correo electrónico ☐			
VII. INFORMACIÓN DEL RIESGO			
De acuerdo con las coberturas y cuadro de beneficios, incluidos en la presente solicitud. Muerte por cualquier causa ☐ Invalidez total y permanente ☐ Coberturas adicionales: Muerte, desmembramiento o pérdida de la vista por accidente ☐ Gastos Fúnebres ☐ Enfermedades graves ☐ Desempleo Involuntario ☐			
VIII. PRIMAS DEL SEGURO			
Prima Comercial: Descuentos Recargos			

Sub-total prima:
Impuesto:
Prima Total Anual:

Modalidad de Pago: Contado ☐ Tarjeta de crédito ☐ Tarjeta de débito ☐ Otros _____
 Pagos fraccionados ☐ No. de pagos _____

IX. FIRMAS

El solicitante del seguro declara y garantiza a la Aseguradora que ésta puede confiar en la información incluida en esta Solicitud y otros documentos (entre otras, la información de identificación) que la Aseguradora solicite razonablemente en relación con el Contrato de Seguros. Asimismo, garantizo que las declaraciones hechas y proporcionadas son verdaderas y que no se ha ocultado o suprimido ninguna información, por lo que estoy de acuerdo en aceptar una póliza sujeta a los términos, exclusiones y condiciones que en ella se indican, y estoy de acuerdo con que esta Solicitud constituya la base y forme parte de la póliza extendida en relación con el riesgo mencionado más arriba.

Asimismo, acepto y entiendo que las declaraciones inexactas y las reticencias del solicitante del seguro, relativas a circunstancias tales que la Aseguradora no habría dado su conocimiento o no la habría dado en las mismas condiciones si hubiese conocido el verdadero estado de las cosas, serán causa de anulación del contrato, cuando el Contratante haya obrado con dolo o culpa grave de conformidad con el Artículo 1141 del Código del Comercio vigente.

En la ciudad de _____ a los ____ días del mes de _____ del _____.

Firma del contratante del seguro

Firma del intermediario

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución No. XX/XXXX/2026.

Para uso exclusivo de SEGUROS E INVERSIONES HONDURAS, S.A.						
Persona natural ☐		Persona jurídica ☐				
No. de Oferta	Vinculación	Código de intermediario	No. de póliza	Fecha de emisión		
				Día	Mes	Año