

SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA POLIZA DE VIDA COLECTIVO CON ASISTENCIA DE REPATRIACIÓN “MI TIERRA CATRACHA” (SOLICITANTE)

1.- Datos del Asegurado

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres	Apellido de casada
Lugar de Nacimiento		Fecha de Nacimiento	Edad
 		Día Mes Año	
Identificación No.		RTN No.	Sexo
 		 	M ☐ F ☐
Tipo de Identificación		Estado Civil	
Identidad ☐ Pasaporte ☐ Carné residente ☐ RTN ☐		Soltero ☐ Casado ☐ Viudo ☐ Unión libre ☐	
Dirección Completa de Residencia			
Nombre completo del Cónyuge		Teléfono de Residencia	Número Celular
Correo Electrónico	Sitio Web	Profesión, Ocupación u Oficio	
Nombre del Negocio (Si aplica)		Giro o actividad económica del Negocio	
Posición o cargo que desempeña		Tiempo de laborar u operación	Fecha de ingreso
Nombre de la empresa donde labora		Dirección Completa de la Empresa donde labora	
Teléfono del trabajo	Correo Electrónico		Sitio Web
Origen de los Ingresos			
Salario ☐ Negocio Propio ☐ Renta de bienes ☐ Socio ☐ Pensión ☐ Jubilación ☐ Otros ☐ Especificar			
Nivel aproximado de ingreso según el salario mínimo mensual vigente:			
De 0 – 3 ☐ De 4 – 6 ☐ De 7– 10 ☐ De 11 – 20 ☐ De 21 – 50 ☐ De 50 en adelante ☐			
¿Mantiene pólizas suscritas con esta u otra (s) aseguradora (s)?, (Especifique: nombre de aseguradora, tipo de seguro y suma asegurada).			
Nombre Aseguradora	Tipo de seguro		Suma asegurada
Nombre Aseguradora	Tipo de seguro		Suma asegurada
Nombre Aseguradora	Tipo de seguro		Suma asegurada

SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA POLIZA DE VIDA COLECTIVO CON ASISTENCIA DE REPATRIACIÓN “MI TIERRA CATRACHA” (SOLICITANTE)

2.- Coberturas Asegurado Principal

Descripción de Cobertura	Suma Asegurada
Muerte por cualquier causa	\$.

2.1.- Beneficiarios Asegurado Principal

Nombre Completo	Identidad No.	Teléfono No.	Dirección	Parentesco	%

3. Cobertura Asegurado Agregado

Descripción de Cobertura	Suma Asegurada
Repatriación	\$.

3.1.- Datos Generales Asegurado Agregado

Primer Apellido		Segundo Apellido		Nombres		Apellido de casada	
Lugar de Nacimiento		Fecha de Nacimiento		Edad	Identificación No.	Nacionalidad	
		día	mes	año			
Tipo de Identificación					Estado Civil		
Identidad ☐ Pasaporte ☐ Carné residente ☐ RTN ☐					Soltero ☐ Casado ☐ Viudo ☐ Unión libre ☐		
Dirección Completa de Residencia							
Nombre completo del Cónyuge				Teléfono de Residencia		Número Celular	
Correo Electrónico		Sitio Web		Profesión, Ocupación u Oficio			

4.- Datos del Contratante

Nombre completo del Contratante	Sucursal o Agencia	Nombre del Promotor	Póliza No.
---------------------------------	--------------------	---------------------	------------

**SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA POLIZA DE VIDA
COLECTIVO CON ASISTENCIA DE REPATRIACIÓN “MI
TIERRA CATRACHA” (SOLICITANTE)**

Agravación del Riesgo:

El Asegurado deberá comunicar a La Compañía 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 Compañía 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 Compañía de Seguros 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 Compañía 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.

Tegucigalpa, M.D.C., ____ de _____ de año 20__.

Firma del Solicitante

Firma del Contratante