

SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL TEMPORAL ANUAL SOLICITUD DE SEGURO

Tipo de Persona: Natural Jurídica Comerciante Individual

Para Uso Exclusivo de la Aseguradora

Tipo Relación/Rol: ☐ 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 respuesta 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 Directo con el (la) Solicitante del Seguro

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
Tipo de Actividad Explicar
Ámbito de Negocio Origen de Fondos
Cargo o Posición Fecha Ingreso

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	Comercian 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	Pasaporte	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 ____		
			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. Referencias Personales

Nombre completo	Teléfono	Domicilio

6. Seguros con otra compañía

Ramo	Nombre de Compañía de Seguros

7. Especificación del Riesgo

I. Cuestionario de Salud para el Solicitante

Marque su respuesta y especifique	SI	NO	Resultado
1. Estatura en metros _____, peso en libras _____. ¿Ha variado su peso en los últimos doce (12) meses?			¿Causas?
2. ¿Ha sido tratado por algún médico en los últimos tres (3) años?			¿Causas? ¿Fechas? ¿Resultado? ¿Médico?
3. ¿Consume o a consumido bebidas alcohólicas o drogas?			¿Cuáles? ¿Frecuencia? ¿Cantidad?
4. ¿ Le ha sido diagnosticado por un médico el alcoholismo o adicción a drogas?			¿Nombre del Médico? ¿Fecha?
5. ¿Fuma?			¿Desde cuándo? ¿Unidades de cigarrillo que fuma al día? ¿Fuma puro o Pipa?
6. ¿Ha sido operado o tiene alguna operación programada?			¿Causas? ¿Fecha? ¿Resultados? ¿Hospital? ¿Médico?
7. ¿Ha padecido o le han diagnosticado: enfermedades del corazón, cáncer, tuberculosis, epilepsia, sida, enfermedades renales, del aparato digestivo u otra enfermedad no <u>especificada aquí</u> ?			¿Cuál? ¿Condición actual? ¿Médico tratante?
8. ¿Tiene algún impedimento físico, algún grado de incapacidad o invalidez total y permanente?			¿Tipo? ¿Causa del Impedimento?
9. ¿Por algún motivo usted está expuesto a explosivos, armas, de fuego, material biológico de riesgo, sustancias químicas peligrosas o radiaciones?			Explique
10. ¿Ha habido en su familia enfermos del corazón, hipertensión, asma, cáncer, diabetes, u otras enfermedades hereditarias?			¿Cuáles? ¿Quiénes?
11. ¿Le han rechazado, cancelado o aceptado bajo ciertas condiciones algún seguro de vida?			Explique
12. ¿Practica algún deporte?			¿Qué deportes? ¿Frecuencia?
13. ¿Practica alguna actividad de alto riesgo como, motociclismo,automovilismo, buceo, tauromaquia, piloto de avion, etc.?			¿Cuáles? ¿Frecuencia?
14. Si el solicitante es mujer, ¿Ha padecido o le han diagnosticado enfermedades de ovarios, matriz o mamas?			¿Condición actual? ¿Médico tratante?
15. Si el solicitante es mujer, ¿Está embarazada?			Meses de emabarazo: _____
16. Si el solicitante es mujer, ¿Ha estado embarazada?			Resultados: _____ Número de embarazos: _____ Número de Cesareas: _____

17. Nombre, dirección y teléfono del (los) médico (s) que acostumbra consultar		Número de abortos:	
--	--	--------------------	--

8. Datos del Seguro Solicitado

Valor Prima Anual		Valor Prima a Debitar	
Moneda:	☐ Lempiras ☐ Dólares	Forma de Pago:	☐ Mensual ☐ Trimestral ☐ Semestral ☐ Anual
Suma Asegurada:	☐ L. 100,000.00 ☐ L. 200,000.00	☐ L. 300,000.00 ☐ L. 400,000.00	☐ L. 500,000.00

NOTA ACLARATORIA: En caso de que la misma persona suscriba varias pólizas bajo este plan, emitidas por la Aseguradora, que sumen en su conjunto más de L. 500,000.00, el exceso será nulo y la responsabilidad de la Aseguradora se limitará a esa suma, debiendo la Aseguradora devolver al asegurado las primas que este haya pagado en exceso. Para las renovaciones, mientras la edad del solicitante se encuentre dentro del rango de edades se conservará el costo de la prima de acuerdo a la forma de pago seleccionada, una vez rebase el límite superior de cada rango de edades, la prima se incrementará automáticamente de acuerdo a la edad cumplida.

9. COBERTURA

Riesgos Cubiertos
1.1 Muerte por Cualquier Causa Natural o Accidental
1.2 Beneficios Adicionales a la cobertura básica
1.2.1 Anticipo de Suma Asegurada para Gastos Funerarios
1.2.2 Anticipo de Suma Asegurada para Gastos de Repatriación de Restos Mortales.
1.2.3 Anticipo de Suma Asegurada por Enfermedad Terminal
Extensión de Cobertura
En el ejercicio de la ocupación declarada
En su vida particular
Mientras estuviese circulando o viajando a pie, a caballo, o en bicicleta sin motor.
Mientras estuviese haciendo uso de cualquier medio habitual para el transporte público de personas, ya sea terrestre, fluvial, marítimo o aéreo en aeronaves que pertenezcan a una línea comercial y cuyo viaje esté sujeto a itinerario fijo, o de automóviles particulares, propios o ajenos, conduciéndolos o no.

Mientras practique como aficionado los siguientes deportes: atletismo, baloncesto, bochas, bolos, manejo de canoas, caza menor, ciclismo, deporte náutico a vela y/o motor por ríos o lagos, equitación, esgrima, excursiones a montañas por carreteras o por senderos gimnasia, golf, handball, hockey de campo, natación, patinaje, ping-pong, pesca a menos de cinco (5) kilómetros de la costa, remos, tenis, tiro (en polígonos habitados), volley-ball y polo acuático (water-polo).

10. Beneficiarios de la Póliza

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

11. Autorización de débito

Por medio de la presente autorizo a Banco Lafise, S.A., para que debite de la cuenta de Ahorro o Cheques No. _____ a nombre de: _____ la cantidad de: _____ por concepto de: _____

Este débito se realizará de forma: ☐ Mensual ☐ Trimestral ☐ Semestral ☐ Anual durante el período de vigencia de la póliza.

Firma: _____
No. Identidad: _____

13. Vigencia del Seguro:

Desde:	____/____/____	a las 12:00 del mediodía	Hasta:	____/____/____	a las 12:00 del mediodía
	Día Mes Año			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 particulares 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 INFORMACIÓN 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: _____

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No.81/14-09-2020.