

## SOLICITUD DE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

ADULTO MAYOR

Tipo de Persona:  Natural  Jurídica  Comerciante Individual

**Para Uso Exclusivo de la Compañía**

Tipo Relación/Rol:  Contratante  Afianzado  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**

**¡IMPORTANTE:** Las respuestas a declarar en el siguiente formulario deben ser claras y completas, cualquier omisión, declaración falsa o inexacta será causa de invalidación de la Indemnización que se derive de tales declaraciones en esta póliza.

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  Pasparte  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 repuesta 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**  
 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:

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro PDL GPU No.7/02-04-2019.



## 2. Seguros con otra compañía

a) Mantiene pólizas suscritas con ésta u otra(s) aseguradora(s)? Favor especifique

Ramo	Nombre de Compañía de Seguros

b) Alguna vez le han negado o cancelado un seguro de Accidentes Personales o prórroga del mismo  Si  No

Indique la compañía que se lo negó

c) ¿Qué deportes practica y con qué frecuencia?

d) ¿A cuánto ascienden sus ingresos mensuales?

L. 5,000.00 a L. 10,000.00  L. 10,000.01 a L. 15,000.00  L. 15,000.01 a L. 20,000.00  Mayor a L. 20,000.00

e) ¿Tiene o está tramitando otro seguro de Accidentes Personales con otra Compañía en este momento?  Si  No

Indique con cuál Compañía y por cuál monto

f) ¿Fuma o ingiere bebidas alcohólicas?

Fuma  Si  No

Ingiere bebidas alcohólicas  Si  No

¿Cuántos cigarrillos fuma al día?

¿Con qué frecuencia?

## 3. Descripción de Coberturas

Moneda:  Lempiras  Dólares

COBERTURAS	Amparada		SUMA SEGURADA
	SI	NO	
1. Muerte Accidental			
2. Indemnización por fracturas (50% de la cobertura de Muerte Accidental)			
3. Indemnización por quemaduras del segundo y tercer grado (20% de la cobertura de Muerte Accidental)			

Frecuencia de Pago  Contado  Semestral  Trimestral  Mensual

Medio de Pago  Efectivo  Tarjeta de crédito o débito  Débito automático Número de pagos

\*Débito automático, solo con tarjeta de crédito, débito, cuenta de ahorros o cuenta de cheques.

AUTORIZACIÓN DE DÉBITO AUTOMÁTICO  Si  No

Tipo de tarjeta/cuenta para débito automático  Tarjeta Débito  Tarjeta Crédito  Cuenta de Ahorro  Cuenta de Cheque

Número de Tarjeta y/o Cuenta para Débito Automático

Valor a Debitar automáticamente

Autorizo debitar de mi tarjeta/cuenta el costo de la prima de seguro según la forma de pago seleccionada, dentro del rango de edades correspondientes. Una vez que sobrepase el límite superior de cada rango de edades, la prima de la forma de pago seleccionada se incrementará automáticamente de acuerdo a la edad cumplida.

Entiendo que Seguros Lafise Honduras cargará a mi tarjeta/cuenta el valor de mis primas hasta que notifique por escrito, a Seguros Lafise Honduras, la cancelación de esta autorización.

## 4. Detalle de prima del seguro y convenio de pagos

Descripción	Monto de Prima	Convenio de pagos
Total Suma Asegurada		No obstante el convenio de pagos especiales arriba indicado, la Compañía 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.
Prima Neta		
Gastos de Emisión		
Prima Total		

## 5. Beneficiarios de la Póliza en caso de muerte accidental

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

Importante: Cualquier indemnización que corresponda a un menor de edad, se entregará a:

Nombre completo del tutor:

Número de Identidad

## 6. Vigencia del Seguro:

Desde:  a las 12:00 del mediodía

Día Mes Año

Hasta:  a las 12:00 del mediodía

Día Mes Año

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL.GPU No.7/02-04-2019.



**7. Especificación del Riesgo**

**I. Cuestionario de Accidentes Personales**

Nota: Ante cualquier respuesta afirmativa, dar detalles sobre fechas, cuadro clínico, médico que le atendió, dirección de la clínica, pruebas de laboratorio realizadas, tipo de tratamiento dado y cualquier otro detalle adicional

Indique su peso en libras: \_\_\_\_\_ Indique su estatura en metros: \_\_\_\_\_

Marque su respuesta y especifique	SI	NO	Resultado
1. ¿Ha sido tratado a causa de las siguientes enfermedades en los últimos tres años?			Apoplejia <input type="checkbox"/> Parkinson <input type="checkbox"/> Hipoglucemia o hiperglicemia <input type="checkbox"/> Transtornos circulatorios en caso de diabetes mellitus tratada con insulina <input type="checkbox"/> Osteoporosis o descalcificación de los huesos <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/>
2. ¿Tiene alguna de las siguientes enfermedades o limitaciones físicas?			Artrosis con limitación de la funcionalidad de una o más articulaciones <input type="checkbox"/> Cadera <input type="checkbox"/> Rodilla <input type="checkbox"/> Depresión con consumo de fármacos <input type="checkbox"/> Amputación de una o más extremidades <input type="checkbox"/> Articulaciones del tobillo <input type="checkbox"/> Paraplejia <input type="checkbox"/>
3. ¿Tiene que ir usted regularmente al médico para controlar la coagulación de la sangre?			Detalle su respuesta: _____
4. ¿Ha sido tratado, sea en forma ambulatoria u hospitalaria, más de 2 veces en los últimos 2 años por fracturas o conmociones cerebrales causadas por accidentes o caídas?			Detalle su respuesta: _____
5. ¿Necesita usted de silla de ruedas, bastón, muletas o existe alguna limitación de la capacidad para caminar?			Detalle su respuesta: _____
6. ¿Recibe prestaciones, beneficios, pensión por incapacidad, invalidez de alguna institución de Seguridad Social, Compañía de Seguros, Administradora de Fondo de Pensiones o de otra entidad financiera?			Detalle su respuesta: _____
7. ¿Ha sido tratado, sea en forma ambulatoria u hospitalaria por quemaduras?			Detalle su respuesta: _____

OBSERVACIONES ADICIONALES: \_\_\_\_\_

**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:**

- 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.
- La información que he suministrado en esta solicitud es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente.
- 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.
- 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 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.7/02-04-2019.

