

SOLICITUD DE SEGURO ACCIDENTES PERSONALES ADULTO MAYOR

Tipo de Persona: ☐ Natural ☐ Comerciante Individual

Para Uso Exclusivo de la Aseguradora

Número Ente	☐ Nuevo ☐ Existente	Categoría de Riesgo	Flujo de Cotización No.	Cotización / Oferta No.	Flujo Emisión No.
Todos los campos deben estar debidamente completados, en caso que no apliquen deben ser llenados con: N/A					
1. Datos Generales del Asegurado					
Nombres			Apellidos		
Fecha Nacimiento:		Edad	Lugar de Nacimiento		
Día Mes Año					
Sexo:	☐ Femenino ☐ Masculino	Estado Civil:	☐ Soltero (a) ☐ Casado (a) ☐ Divorciado (a) ☐ Viudo (a)		
Nombre Completo del Cónyuge		Identificación No.			
Identificación No.	☐ D.N.I. ☐ Pasaporte ☐ Residencia	No. R.T.N.	Nacionalidad 1	Nacionalidad 2	
Ocupación			Profesión		
¿Se ha desempeñado como funcionario público en un puesto con poder de decisión o con acceso a recursos públicos?			¿Algún pariente suyo se ha desempeñado como funcionario público en un puesto con poder de decisión o con acceso a recursos públicos? Si su respuesta es si:		
☐ Si ☐ No			☐ Si ☐ No		
Ocupación PEP'S			Nombre		
Nombre Institución			Identificación		
Dirección Completa Domicilio					
Barrio / Colonia			Zona	Casa	Bloque
Calle	Avenida	Municipio	Departamento	País	
Otras referencias de la Dirección:					
Datos de Contacto Directo con el (la) Solicitante del Seguro					
Tel. Casa	Celular	Correo Personal	Autorizo a LAFISE a enviar información por:		
			☐ Correo Electrónico ☐ WhatsApp		
Dirección de cobro: ☐ Domicilio ☐ Dirección de Trabajo ☐ Correo Electrónico ☐ WhatsApp					
Datos laborales (Actividad Económica)					
Nombre de la Empresa donde Labora			Tipo de Actividad		Fecha de Ingreso
Ámbito de Negocios: ☐ Negocios Locales ☐ Negocios Multinacionales ☐ Negocios Regionales			Cargo o Posición		
Dirección completa de Trabajo del asegurado (incluyendo Zona, No. Casa, Bloque, Ave, Calle, Municipio, Departamento y País):					
Teléfono de la Empresa	Correo Electrónico Trabajo	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			
Especificar detalladamente la fuente de Ingresos y/o origen de los recursos:					
Realiza usted actividades y/o Profesiones Financieras no Designadas (APNFD)? ☐ Si ☐ No					
Si su respuesta es Si favor indicar que tipo de actividad realiza y entregar la constancia vigente de URMOPRELAFT de la CNBS.					
* Depende económicamente de otra persona? ☐ Si ☐ No					
Nombre Completo		Identificación no.		Parentesco	
* Esta actuando en nombre de un tercero? ☐ Si ☐ No					
Nombre Completo		Identificación no.		Parentesco	
* En caso de brindar una respuesta afirmativa, la compañía se reserva el derecho de solicitar mas información.					

SOLICITUD DE SEGURO ACCIDENTES PERSONALES ADULTO MAYOR

2. Seguros con otra Aseguradora

Ramo	Nombre del Compañía de Seguros

3. Descripción de Coberturas

Moneda: ☐ Lempiras ☐ Dólares

COBERTURAS	SUMA SEGUADA
1. Muerte Accidental	
2. Indemnización por fracturas	Amparada ☐ Excluida ☐
3. Indemnización por quemaduras del segundo y tercer grado	Amparada ☐ Excluida ☐

4. Detalle de prima y pago del seguro

Descripción	Monto de Prima	Convenio de pagos
Prima Neta		No obstante el convenio de pagos especiales abajo 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.
Gastos de Emisión		
Prima Total		

Frecuencia de Pago: ☐ Contado ☐ Semestral ☐ Trimestral ☐ Mensual Primer Pago y

Medio de Pago: ☐ Efectivo ☐ Tarjeta de crédito o débito ☐ *Débito automático

*Débito automático aplica 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.

5. Beneficiarios de la Póliza en caso de muerte accidental

Beneficiarios	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

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?	Apoplejía ☐ Parkinson ☐ Hipoglucemia o hiperglicemia ☐ Trastornos circulatorios en caso de diabetes mellitus tratada con insulina ☐ Osteoporosis o descalcificación de los huesos ☐ Epilepsia ☐

SOLICITUD DE SEGURO ACCIDENTES PERSONALES ADULTO MAYOR

2. ¿Tiene alguna de las siguientes enfermedades o limitaciones físicas?	Artrosis con limitación de la funcionalidad de una o más articulaciones Cadera ☐ Rodilla ☐ Depresión con consumo de fármacos ☐ Amputación de una o más extremidades ☐ Paraplejía ☐ Articulaciones del tobillo
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, ya sea en forma ambulatoria u hospitalaria por quemaduras?	Detalle su respuesta:

OBSERVACIONES ADICIONALES:

6. 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.

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 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, 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		Fecha		Firma del Solicitante / Asegurado	
Nombre del Intermediario		No. Licencia		% De Comisión	
Nombre del Ejecutivo		Sub Agente		Oficina y/o Sucursal	
Nombre del Ejecutivo		Sub Agente		Mercado	

EL SEGURO ENTRARÁ EN VIGOR AL SER APROBADA Y EMITIDA ESTA SOLICITUD POR SEGUROS LAFISE HONDURAS, S.A.