

**SEGURO DE VIDA COLECTIVO, GASTOS MÉDICOS COLECTIVO Y COLECTIVO DE ACCIDENTES PERSONALES**  
**SOLICITUD DE SEGURO**



**Seguros**

La siguiente solicitud deberá ser completada con letra molde sin tachaduras ni alteraciones.

Código: SPN-F.GTP-52

Para uso exclusivo de la Compañía:

Ramo	Número de Solicitud	Número de Póliza	Código del Contratante
Seguro de Vida <input type="checkbox"/>			
Seguro Médico <input type="checkbox"/>			
Accidentes Personales <input type="checkbox"/>			

**A. DATOS DEL ASEGURADO**

PARA USO EXCLUSIVO DE LA COMPAÑÍA	Código de Contratante:	No. de Solicitud:	No. de Póliza:
-----------------------------------	------------------------	-------------------	----------------

**I. Datos Generales del Tomador del Seguro** Persona Natural  Persona Jurídica

**Datos Persona Natural / Representante Legal**

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Apellido de casada	Identidad <input type="checkbox"/> Carnet de residencia <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/>	No. de documento	Fecha de vencimiento del documento Día   Mes   Año
RTN contratante natural o representante legal	Lugar de nacimiento	Fecha de nacimiento Día   Mes   Año	Edad   Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Nacionalidad 1   2   3			
Profesión, ocupación, oficio o actividad económica	Estado civil Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Union libre <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/>		
Nombre de la empresa donde trabaja o nombre del negocio propio	Cargo que desempeña		
Tiempo de laborar	Giro de la empresa		
Con que instituciones financieras posee cuentas:	Origen de los recursos		
Nivel aproximado de ingresos L0.00 - L27,000.00 <input type="checkbox"/> L27,000.01 - L53,000.00 <input type="checkbox"/> L53,000.01 - L89,000.00 <input type="checkbox"/> L89,000.01 - L177,000.00 <input type="checkbox"/> L177,000.01 - L442,000.00 <input type="checkbox"/> Mayor a L442,000.01 <input type="checkbox"/>			
¿Ha desempeñado algún cargo público usted o un familiar suyo en los últimos 4 años? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	(Si aplica) Cargo:	(Si aplica) Instituciones:	
En caso de ser afirmativo completar el SPS-F.CR-01 formulario de identificación y vinculación para personas expuestas políticamente (Aplica para nacionales y extranjeros)			
¿Actúa en nombre o representación de otra persona? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si la respuesta es Si indicar: Nombre completo de la persona que representa   Su relación   No. de identidad de la persona que representa		
¿Depende económicamente de otra persona? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si la respuesta es Si indicar: Nombre completo de la persona que representa   Su relación   No. de identidad de la persona de la que depende		
¿Cliente es APNFD? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si la respuesta es Si indicar que actividad APNFD realiza:		
APNFD = Actividades y Profesiones No Financieras Designadas.			
¿Cliente es Contratista del Estado? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			

**Datos del Cónyuge**

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Nombre de la empresa donde trabaja		Cargo que desempeña	
No. de Teléfono	No. de Celular	Correo electrónico	

## Datos Persona Jurídica

Denominación y razón social						
Objeto social y/o actividad económica	RTN / RUC	No. de inscripción del registro mercantil	Fecha de constitución de la empresa	Día	Mes	Año
Departamentos o países donde opera						
1	2	3				
Origen de los recursos			Monto aproximado del total de activos (Lempiras)			
Venta o ingresos anuales (Lempiras)			¿Pertenece a un grupo económico?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	¿Cuál?
Referencia bancaria o comerciales						
Nombre de la empresa (1)		Teléfono	Nombre de la empresa (2)		Teléfono	
Proveedores principales						
Nombre del proveedor (1)		Teléfono	Nombre del proveedor (2)		Teléfono	
¿Cliente es APNFD? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			Si la respuesta es Si indicar que actividad APNFD realiza:			
APNFD = Actividades y Profesiones No Financieras Designadas.						
¿Cliente es Contratista del Estado? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Cliente es ONG/OSFL? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		ONG = Organismo No Gubernamental OSFL = Organización Sin Fines de Lucro.		

## II. Dirección de Residencia del Contratante o Representante Legal Dirección de cobro

País	Departamento	Municipio	Ciudad		
Colonia	Calle	Avenida	Bloque	Casa No.	
Detallar dirección					
Teléfono		Celular		Correo electrónico	

## III. Dirección de Trabajo del Contratante o de la Empresa Dirección de cobro

País	Departamento	Municipio	Ciudad		
Colonia	Calle	Avenida	Bloque	Casa No.	
Detallar dirección					
Teléfono		Celular		Correo electrónico	

## IV. Información de Otros Seguros

¿Tiene otros seguros con la compañía? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Qué tipo de seguros?	¿Con cuál otra compañía tiene (tenía) seguros?
	¿Qué tipo de seguro?	Sumas aseguradas

## B. ESPECIFICACIONES DEL SEGURO

### I. Coberturas por Ramo: Marque con una "X" según aplique:

Seguro de Vida Colectivo	Seguro Gastos Médicos Colectivo	Seguro Colectivo de Accidentes Personales
Riesgo Principal: Muerte por Cualquier Causa	Gastos Médicos a causa de accidente, enfermedad.	Muerte
Beneficio de Incapacidad Total y Permanente		Incapacidad Permanente
Beneficio de Pérdida de la Vista o Desmembramiento		Incapacidad Temporal
Beneficio de Pago Anticipado Parcial de la Suma Asegurada Básica en caso de Enfermedad Terminal		Gastos Médicos

Exoneración de Pago de Primas					
Beneficio de Muerte Accidental					

## II. Tipo de Contrato

### Contributorio o No contributorio

**No-Contributorias** Empleados y Dependientes (el contratante paga el 100% de la prima de los asegurados titulares y dependientes):

Se exige participación del 100% de los empleados del contratante y de los dependientes de este.

**Pólizas Contributorias** Empleados y Dependientes (el asegurado paga un % de la prima de seguro).

Titulares: Se requiere Una participación de por lo menos el 75% del total de empleados.

Dependientes: Se requiere que el 65% de los titulares asegure a su grupo familiar.

### Polizas No contributorias Empleados y Contributoria Dependientes.

Titulares: Una participación del 100% del grupo elegible.

Dependientes: Se requiere que el 65% de los titulares asegure a su grupo familiar.

De cumplir con las condiciones descritas el grupo no será sujeto a pruebas de asegurabilidad, siempre y cuando la solicitud de inclusión sea presentada a la Compañía dentro de los 30 días contados a partir de la fecha de empleo del asegurado titular.

El contratante deberá proporcionar el censo total de empleados y dependientes, para que la Compañía puede validar el tipo de contrato para el grupo a asegurar (de no proporcionar el censo, todo el grupo será sujeto a pruebas de asegurabilidad).

Marque con una "X" según aplique:

Contribución	Número de Asegurados	No Contributorio	Contributorio	% de contribución del Contratante
Seguro de Vida Colectivo				
Seguro de Gastos Médicos Modular				
• Empleado solo				
• Empleado con dependiente				
Seguro Colectivo de Accidentes Personales				

## III. Clasificación de empleados o miembros a asegurar por categoría

No.	Seguro de Vida		Seguro Médico Hospitalari o		Accidentes Personales	
	Categoría	No. de Asegurados	Categoría	No. de Asegurados	Categoría	No. de Asegurados
1						
2						
3						
4						

## IV. Seguro de Vida Adicional (Pagado un 100% por el empleado): Si No

• El contratante se compromete a deducir de planilla la prima correspondiente de cada empleado asegurado.

• Se requiere un porcentaje mínimo de participación del 75% de los empleados elegibles.

## V. Afiliación de Servicios

Servicio médico Porsalud	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Servicio de asistencia funeraria	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

**VI. Vigencia**

Vigencia desde:	/	/	Al medio día	Hasta:	/	/	Al medio día
-----------------	---	---	--------------	--------	---	---	--------------

VII. Forma de Pago  Mensual       Trimestral       Semestral       Anual

VIII. Forma de Facturación  Mensual       Trimestral       Semestral       Anual

IX. Cuenta con Empresa Afiliadas o Subsidiarias:  Si       No (En caso que la respuesta sea afirmativa indicar el nombre)

No.	Nombre de las Empresas Afiliadas o Subsidiarias
1.	
2.	
3.	

**X. Declaración del Solicitante**

Para los efectos legales que pueda tener esta solicitud, declaro que las respuestas contenidas en la misma son ciertas y están completas; reconozco que dichas declaraciones constituyen la base del Contrato de Seguro y acepto la obligación de pagar la prima y ajustes correspondientes al contrato que se expida de acuerdo a mi solicitud.

Hago Constar que me he enterado de las Condiciones Generales, Especiales, Endosos, Anexos y otros documentos que contendrá la Póliza cuya expedición solicito; que otorgo mi conformidad con estas cláusulas y acepto las obligaciones que las mismas me imponen como Contratante.

Autorizo a la COMPAÑÍA para que los documentos que acrediten la celebración de la póliza de seguros, incluyendo las condiciones generales o particulares, modificaciones realizadas a la misma, así como cualquier notificación o información relacionada, pueda ser remitida al correo electrónico indicado en esta solicitud.

**IMPORTANTE**

Conforme a los artículos 1141 y 1143 del Código del Comercio, debe declarar todos los hechos a que se refiere este cuestionario, tal y como los conozca o deba conocer en el momento de firmarlo. La omisión en las declaraciones, inexactitud o falsedad de éstas respecto de los hechos que se preguntan, origina la pérdida del derecho del solicitante o del beneficiario en su caso, a la indemnización que se derive de la póliza que se expida basada en tales declaraciones.

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_

<b>Representante Legal</b>	<b>Intermediario</b>
<b>Cargo</b>	<b>Código</b>
<b>Firma y Sello</b>	<b>Firma y Sello</b>

**Documentos a presentar:**

1. Oferta actualizada y firmada por el representante legal de la empresa contratante.
2. Copia de la identidad del representante legal.
3. Copia del RTN de la empresa e identificación del representante legal.

4. Copia de la escritura de constitución de la empresa contratante y sus reformas debidamente inscritas.

5. Consentimiento individual de seguro debidamente completado por cada persona a asegurar.

<b>Nombre de autorizador:</b>	
-------------------------------	--