

SEGURO SALUD POR CÁNCER

SOLICITUD DE SEGURO (CONTRATANTE)

Tipo de Persona: Natural Jurídica Comerciante Individual

Para Uso Exclusivo de la Compañía

Tipo Relación/Rol:		<input type="checkbox"/> Contratante	<input type="checkbox"/> Afianzado	<input type="checkbox"/> Asegurado	<input type="checkbox"/> Acreedor	<input type="checkbox"/> Reasegurador	<input type="checkbox"/> Intermediario
		<input type="checkbox"/> Beneficiario	<input type="checkbox"/> Apoderado	<input type="checkbox"/> Proveedor	<input type="checkbox"/> Corredor de Reaseguro	<input type="checkbox"/> Otro	<input style="width: 100px;" type="text"/>
ID Cliente	<input style="width: 150px;" type="text"/>	Categoría Riesgo	<input style="width: 150px;" type="text"/>	Cliente:	<input type="checkbox"/> Nuevo	<input type="checkbox"/> Existente	
ID Acreedor	<input style="width: 150px;" type="text"/>	Categoría Riesgo	<input style="width: 150px;" type="text"/>	Cliente:	<input checked="" type="checkbox"/> Nuevo	<input type="checkbox"/> Existente	
No. Trámite	<input style="width: 150px;" type="text"/>	No. Oferta	<input style="width: 150px;" type="text"/>	No. Póliza	<input style="width: 150px;" type="text"/>		

1. Datos Personales del Asegurado o del Representante Legal

Apellidos	<input style="width: 150px;" type="text"/>	Nombres	<input style="width: 150px;" type="text"/>
Fecha Nacimiento	<input style="width: 100px;" type="text"/>	Edad	<input style="width: 50px;" type="text"/>
Lugar de Nacimiento	<input style="width: 150px;" type="text"/>		
Sexo:	<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino	Estado Civil:
		<input type="checkbox"/> Soltero (a)	<input type="checkbox"/> Casado (a)
		<input type="checkbox"/> Divorciado (a)	<input type="checkbox"/> Viudo (a)
No. Identificación	<input style="width: 150px;" type="text"/>	No. R.T.N.	<input style="width: 150px;" type="text"/>
Tipo Identificación:	<input type="checkbox"/> Cédula	<input type="checkbox"/> Pasaporte	<input type="checkbox"/> Residencia
No. Seguro Social	<input style="width: 150px;" type="text"/>		
Ocupación	<input style="width: 150px;" type="text"/>		
Profesión	<input style="width: 150px;" type="text"/>		
1ra. Nacionalidad	<input style="width: 150px;" type="text"/>		
2da. Nacionalidad	<input style="width: 150px;" type="text"/>		
¿Se ha desempeñado como funcionario público en un puesto con poder de decisión o con acceso a recursos públicos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Ocupación PEP'S	<input style="width: 150px;" type="text"/>	Nombre Institución	<input style="width: 150px;" type="text"/>
¿Algún pariente suyo se ha desempeñado como funcionario público en un puesto con poder de decisión o con acceso a recursos públicos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Si su respuesta es si: Nombre	<input style="width: 150px;" type="text"/>	Identificación	<input style="width: 150px;" type="text"/>
Dirección de Domicilio			
Barrio / Colonia	<input style="width: 150px;" type="text"/>	Avenida	<input style="width: 150px;" type="text"/>
Calle	<input style="width: 150px;" type="text"/>		
Bloque No.	<input style="width: 50px;" type="text"/>	Casa / Edificio No.	<input style="width: 50px;" type="text"/>
Municipio	<input style="width: 150px;" type="text"/>		
Departamento	<input style="width: 150px;" type="text"/>		
País	<input style="width: 150px;" type="text"/>		
Otras referencias de la dirección <input style="width: 150px;" type="text"/>			

Contacto Directo con el (la) Solicitante del Seguro

Tel. Casa	<input style="width: 150px;" type="text"/>	Correo Personal	<input style="width: 150px;" type="text"/>
Celular	<input style="width: 150px;" type="text"/>	Forma de Contacto:	<input type="checkbox"/> Tel. Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Correo electrónico
Autoriza a Seguros LAFISE a enviar información a mi correo electrónico? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			

Datos del Cónyuge

Apellidos	<input style="width: 150px;" type="text"/>	Nombres	<input style="width: 150px;" type="text"/>
Teléfono Casa	<input style="width: 150px;" type="text"/>	No. Identificación	<input style="width: 150px;" type="text"/>
Celular	<input style="width: 150px;" type="text"/>	Correo Electrónico	<input style="width: 150px;" type="text"/>
Ocupación Actual	<input style="width: 150px;" type="text"/>		
Profesión	<input style="width: 150px;" type="text"/>		
¿Trabaja?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Lugar de Trabajo	<input style="width: 150px;" type="text"/>		Teléfono <input style="width: 50px;" type="text"/>
Dirección de Trabajo	<input style="width: 150px;" type="text"/>		

Datos laborales (Actividad Económica)

Nombre Empresa	<input style="width: 150px;" type="text"/>		
Tipo de Actividad	<input style="width: 150px;" type="text"/>	Explicar	<input style="width: 150px;" type="text"/>
Ámbito de Negocio	<input style="width: 150px;" type="text"/>	Origen de Fondos	<input style="width: 150px;" type="text"/>
Cargo o Posición	<input style="width: 150px;" type="text"/>	Fecha Ingreso	<input style="width: 150px;" type="text"/>



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 Pasparte 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

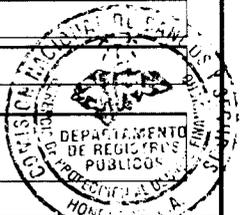
Tipo de Empresa: Publica Privada Otra
 Localidad Económica: Local Nacional Centro Americana Internacional
 Ámbito de Negocio: Negocios Locales Negocios Regionales Negocios Multinacionales
 ¿Pertenece a un Grupo Económico o financiero? Si No Nombre del Grupo
 Total Activos Ingresos Anuales
 Moneda de 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	<input type="text"/>	Correo Electrónico	<input type="text"/>
Tel. Empresa 2	<input type="text"/>	Página Web	<input type="text"/>
Fax	<input type="text"/>	Nombre del contacto	<input type="text"/>

Composición Accionaria:

Nombre del Accionista	No. Identificación	Es PEP'S?	% de Acciones	Monto Acciones
		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
			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	Nombre del Proveedor	Tiempo de la Relación Comercial

5. Seguros con otra compañía

Ramo	Nombre de Compañía de Seguros

6. Especificación del Riesgo**1. Clasificación del grupo a asegurar según el área o puesto que desempeñan**

Categoría	No. de empleados con Contrato Permanente	No. de Empleados Contrato Temporal	Total
1. Directivos, Gerentes y Jefes			
2. Personal Administrativo			
3. Personal de Limpieza			
4. Personal de Ventas			
5. Personal de Planta (Operarios)			
6. Personal de Mantenimiento			
7. Motoristas			
8. Guardias de Seguridad			
Total Grupo Asegurado			

Categoría	Descripción de Categoría	Límite de Suma Asegurada	No. de Empleados por Categoría	Total
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
Total Grupo Asegurado				



