

# SEGURO SALUD POR CÁNCER

SOLICITUD DE SEGURO (SOLICITANTE)

Tipo de Persona:  Natural  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:** La solicitud y el informe médico forman parte del contrato de seguro. La adecuada respuesta a las preguntas consignadas en ambos documentos, constituyen la base técnica para la aceptación del seguro solicitado. Las respuestas a esta solicitud deben ser hechas de puño y letra del solicitante, con claridad y precisión, en forma legible, sin tachones ni enmendaduras, con un solo tipo de letra y tinta.

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   
**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

Teléfono  Celular 1  Celular 2   
 Actividad económica:  Ama de Casa  Asalariado  Comerciante Individual  Pensionado  Negocio Propio  
 Estudiante  Jubilado  Renta de Bienes  Socio  Otra

### Datos del Cónyuge

Apellidos  Nombres   
 No. Identificación

### Lugar de Trabajo

Nombre Empresa   
 Dirección de Trabajo   
 Cargo o Posición  Fecha Ingreso

### 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

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

¿Mantiene pólizas suscritas con esta u otra(s) aseguradora (s)?, (Especifique: nombre de aseguradora, tipo de seguro y suma asegurada)

Nombre del Compañía de Seguros	Tipo de Seguro	Suma Asegurada



## 2. Descripción de Coberturas

Descripción	Suma Asegurada
1. Cáncer a primer diagnostico	
<p><b>Se considera como cáncer, al diagnóstico de la presencia de un tumor maligno caracterizado por el crecimiento incontrolado y diseminado de células malignas con invasión y destrucción del tejido normal. El cáncer debe estar confirmado mediante estudio histopatológico realizado por un patólogo calificado.</b></p>	
<p><b>El cáncer incluye:</b></p>	
1. A la leucemia	
2. Al linfoma maligno	
3. A la enfermedad de Hodgkin	
4. A las enfermedades malignas de la médula ósea	
5. Al cáncer metastático de piel	

## 3. Vigencia del Seguro

Desde:  Día  Mes  Año a las 12:00 del mediodía Hasta:  Día  Mes  Año a las 12:00 del mediodía

## 4. Cuestionario de Salud para el Solicitante

Marque su respuesta y especifique	SI	NO	Resultado
¿Ha padecido o padece de cáncer o tumores o alguna enfermedad de tipo maligno?			
¿Ha padecido de SIDA o cualquier enfermedad relacionada con el virus VIH?			
¿Fuma actualmente o ha sido fumador de más de 10 cigarrillos al día?			
<b>Solo Mujeres:</b>			
¿Padece o ha padecido enfermedades en los ovarios, en la matriz o mamas?			
¿Su último Papanicolaou fue normal?			
<b>Solo Hombres:</b>			
¿Padece o ha padecido enfermedades de la próstata?			

**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 sobre prima 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 de Seguro 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 Aseguradora 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 S.A., 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 Representante Legal: \_\_\_\_\_

