

**SEGURO DE VIDA COLECTIVO PARA EXTRAFINANCIAMIENTO A TARJETAHABIENTES
SOLICITUD DE SEGURO (CONTRATANTE)**

Tipo de Persona: ☐ 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 o del Representante Legal

Apellidos		Nombres	
Fecha Nacimiento		Edad	
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	
¿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	
Bloque No.		Calle	
Casa / Edificio No.		Municipio	
Departamento		País	
Otras referencias de la dirección			

Contacto Directo con el (la) Solicitante del Seguro

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		Explicar	
Tipo de Actividad		Origen de Fondos	
Ámbito de Negocio		Fecha Ingreso	
Cargo o Posición			

Dirección del Trabajo de asegurado o Representante Legal

Barrio/Colonia		Avenida	
Bloque No.		Calle	
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 ☐ Comerciante 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:



Apellidos				Nombres			
No. Identificación				Tipo de Dependencia	☐ Tutor	☐ Representante Legal	
Tipo Identificación:	☐ Cédula	☐ Pasaporte	☐ Residencia	Origen de Ingresos			
Actividad Económica				Ocupación			

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
	☐ Industrial	☐ Servicios	☐ Servicios Financieros
		☐ Turismo	☐ Transporte
			☐ Religiosa
			☐ Entidad Pública
			☐ Otra
☐ Explicar Actividad /Giro del Negocio			

Tipo de Empresa: ☐ Pública ☐ 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

Barrio/Colonia			Avenida		Calle	
Bloque No.		Edificio No.		Municipio		
Departamento			País			

Barrio/Colonia		Avenida		Calle	
Bloque No.		Casa/Edificio No.		Municipio	
Departamento		País			

Tel. Empresa 1		Correo Electrónico	
Tel. Empresa 2		Página Web	
Fax		Nombre del contacto	

Nombre del Accionista	No. Identificación	Es PEP'S?	% de Acciones	Monto Acciones
		Si ☐ No ☐		
		Si ☐ No ☐		
		Si ☐ No ☐		
		Si ☐ No ☐		
		Si ☐ No ☐		
		Si ☐ No ☐		
		Si ☐ No ☐		
		Si ☐ No ☐		
		Si ☐ No ☐		
			Total Acciones	

[illegible]

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.

Nombre de la Institución	Teléfono	Tiempo de la Relación Comercial

Nombre del Proveedor	Nombre del Proveedor	Tiempo de la Relación



5. Seguros con otra compañía

Ramo

Nombre de Compañía de Seguros

6. Especificación del Riesgo

I. Clasificación del grupo a asegurar según el área o puesto que desempeñan

Categoría	No. de Asegurados con Contrato Permanente	No. de Asegurados 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			

II. Clasificación Categorías y Sumas Aseguradas

Tipos de Suma Asegurada:

☐ Informada

☐ Por múltiplos de salario:

☐ 12

☐ 24

☐ 36

☐ Otros:

Descripción del Cálculo S.A.

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

7. Descripción de Coberturas, Límites de Sumas Aseguradas, Primas, Deducibles y Coaseguros

Moneda:

☐ Lempiras

☐ Dólares

Descripción	Suma Asegurada
1. Muerte por cualquier causa (Cobertura Básica)	

Coberturas que pueden contratarse mediante convenio expreso y Pago de Prima Adicional:

Amparado/Excluido

2. Pago Anticipado de Suma Asegurada por Incapacidad Total y Permanente por Accidente o Enfermedad.

Amparada

☐ Excluida

8. Detalle de prima del seguro y convenio de pagos

Descripción	Monto de Prima	Convenio de pagos
Prima Neta		No. Pagos: Frecuencia de Pagos:
Descuentos		
Recargos		Primer pago de L. y pagos de L.
Sub-total prima		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.
Impuesto Sobre Ventas		
Gastos de Emisión		
Prima Total		

9. Vigencia del Seguro:

Desde:

Día

Mes

Año

a las 12:00 del mediodía

Hasta:

Día

Mes

Año

a las 12:00 del mediodía

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:

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 Compañía 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, 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:

Fecha de Revisión:

Revisado por:

Fecha de Aprobación:

Aprobado por:

Observaciones:

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No. 63/28-11-2019.

COMISION NACIONAL DE BANCOS Y SEGUROS

DEPARTAMENTO DE REGISTROS PUBLICOS

PROTECCION AL USUARIO

HONDURAS, C.A.