

SEGURO DE VIDA COLECTIVO PARA EXTRAFINANCIAMIENTO A TARJETAHABIENTES

SOLICITUD DE SEGURO (SOLICITANTE)

Tipo de Persona: Natural 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: 50px;" type="text"/>	
ID Cliente	<input style="width: 100px;" type="text"/>	Categoría Riesgo	<input style="width: 100px;" type="text"/>	Cliente:	<input type="checkbox"/> Nuevo	<input type="checkbox"/> Existente	
ID Acreedor	<input style="width: 100px;" type="text"/>	Categoría Riesgo	<input style="width: 100px;" type="text"/>	Cliente:	<input type="checkbox"/> Nuevo	<input type="checkbox"/> Existente	
No. Trámite	<input style="width: 100px;" type="text"/>	No. Oferta	<input style="width: 100px;" type="text"/>	No. Póliza	<input style="width: 100px;" type="text"/>		

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	<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: 100px;" type="text"/>
Tipo Identificación:	<input type="checkbox"/> Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Residencia	No. Seguro Social	<input style="width: 100px;" type="text"/>
Ocupación	<input style="width: 150px;" type="text"/>	1ra. Nacionalidad	<input style="width: 100px;" type="text"/>
Profesión	<input style="width: 150px;" type="text"/>	2da. Nacionalidad	<input style="width: 100px;" type="text"/>
Dirección de Domicilio			
Barrio / Colonia	<input style="width: 150px;" type="text"/>	Avenida	<input style="width: 100px;" type="text"/>
		Calle	<input style="width: 100px;" 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"/>		
Pais	<input style="width: 100px;" 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: 100px;" type="text"/>	Forma de Contacto:	<input type="radio"/> Tel. Casa <input type="radio"/> Celular <input type="radio"/> Correo electrónico
Actividad económica:	<input type="checkbox"/> Ama de Casa <input type="checkbox"/> Asalariado <input type="checkbox"/> Comerciante Individual <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Negocio Propio <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Renta de Bienes <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> Otra		

Datos del Cónyuge

Apellidos	<input style="width: 150px;" type="text"/>	Nombres	<input style="width: 150px;" type="text"/>
Teléfono Casa	<input style="width: 100px;" type="text"/>	No. Identificación	<input style="width: 100px;" type="text"/>
Celular	<input style="width: 100px;" type="text"/>	Correo Electrónico	<input style="width: 100px;" type="text"/>
Ocupación Actual	<input style="width: 150px;" type="text"/>	Profesión	<input style="width: 100px;" type="text"/>
¿Trabaja?	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		
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"/>		

Lugar de Trabajo

Nombre Empresa	<input style="width: 150px;" type="text"/>		
Cargo o Posición	<input style="width: 100px;" type="text"/>	Fecha Ingreso	<input style="width: 50px;" type="text"/>
Dirección completa	<input style="width: 150px;" type="text"/>		

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:

2. Descripción de Coberturas, Límites de Sumas Aseguradas

Moneda: Lempiras Dólares

Descripción	Suma Asegurada	Amparado	Excluido
1. Muerte por cualquier causa (Cobertura Básica)			
Coberturas que pueden contratarse mediante convenio expreso y Pago de Prima Adicional			
2. Pago Anticipado de Suma Asegurada por Incapacidad Total y Permanente por Accidente o Enfermedad.			

3. Tipo de Prestamo

Fiduciario Prendario Hipotecario Especifique el Destino del Préstamo:

4. Beneficiarios de la Póliza

Beneficiario Irrevocable

Nombre del Beneficiario Contingencial	No. Identificación	Parentesco	Porcentaje
1)			
2)			
3)			
4)			
5)			
Total Designado			



