

SEGURO DE VIDA COLECTIVO SALDO DEUDOR PARA INSTITUCIONES CREDITICIAS

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: 150px;" type="text"/>	Categoría Riesgo <input style="width: 100px;" type="text"/>	Cliente: <input type="checkbox"/> Nuevo <input type="checkbox"/> Existente	
ID Acreedor <input style="width: 150px;" 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: 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"/>	1ra. Nacionalidad <input style="width: 150px;" type="text"/>
Profesión <input style="width: 150px;" type="text"/>	2da. Nacionalidad <input style="width: 150px;" 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"/>	País <input style="width: 150px;" type="text"/>
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> Otras referencias de la dirección	

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="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: 150px;" 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: 150px;" type="text"/>	Fecha Ingreso <input style="width: 100px;" type="text"/>
Dirección completa <input style="width: 150px;" type="text"/>	

Nivel aproximado de Ingresos según el salario mínimo mensual vigente (SMMV)

<input type="checkbox"/> De 0-3	<input type="checkbox"/> De 4-6	<input type="checkbox"/> De 7-10	<input type="checkbox"/> De 11-20	<input type="checkbox"/> De 21-50	<input type="checkbox"/> De 50 en adelante
Origen de Fondos: <input type="checkbox"/> Ahorro <input type="checkbox"/> Empresa <input type="checkbox"/> Honorarios Legales <input type="checkbox"/> Pensión <input type="checkbox"/> Salario <input type="checkbox"/> Dependientes <input type="checkbox"/> Herencia <input type="checkbox"/> Negocio Propio <input type="checkbox"/> Jubilación <input type="checkbox"/> Renta de Bienes <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> Otros: <input style="width: 100px;" type="text"/>					

2. Descripción de Coberturas, Límites de Sumas Aseguradas

Moneda: <input type="checkbox"/> Lempiras <input type="checkbox"/> Dólares	
Descripción	Suma Asegurada
1. Muerte por cualquier causa	
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.	Amparado

3. Tipo de Prestamo

<input type="checkbox"/> Fiduciario <input type="checkbox"/> Prendario <input type="checkbox"/> Hipotecario	Especifique el Destino del Préstamo: <input style="width: 150px;" type="text"/>
---	---

4. Beneficiarios de la Póliza

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



5. Cuestionario de Salud para el Solicitante			
Marque su respuesta y especifique	SI	NO	Resultado
1 ¿Ha sido diagnosticado con algún tipo de cáncer, enfermedades cardíacas, renales, pulmonares, hepáticas o cerebro vasculares?			
2 ¿Padece o ha sido diagnosticado con virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH) o Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida?			
3. ¿Tiene usted algún impedimento físico, parálisis en algún miembro, incapacidad parcial o permanente, y/o desmembramiento?			
4. Pregunta para mujeres; ¿Se encuentra usted en estado de embarazo con 7 o más meses de gestación?			Meses de embarazo: _____

7. Datos del Contratante		
Nombre Completo del Contratante	Sucursal o Agencia	Poliza

8. Datos del Prestamo (Debe ser llenado por el oficial del banco)			
Monto Solicitado	Plazo	Tipo de Solicitud	
		Nueva <input type="radio"/>	Refinanciamiento <input type="radio"/>
Detalle de prestamos vigentes actualmente con el banco.			
Tipo de prestamo	Monto de Prestamo	No. De Prestamo	Fecha de Termino

10. Vigencia del Seguro:	
Desde: ____/____/____ a las 12:00 del mediodía Día Mes Año	Hasta: ____/____/____ a las 12:00 del mediodía Día Mes Año

Agravación del Riesgo: El Deudor Asegurado o Contratante 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 Deudor 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 Deudor 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 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 frente al Deudor 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 INFORMACION QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA EN TODAS SUS PARTES Y FIRMO LA PRESENTE SOLICITUD.

Firma del Solicitante: _____
Firma del Contratante: _____
Lugar: _____ Fecha: _____
<small>Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No.70/05-12-2019.</small>

