

SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES INDIVIDUAL Solicitud de Seguro

Tipo de Persona: Natural Jurídica Comerciante Individual

Para Uso Exclusivo de la Aseguradora

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 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: 30px;" 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"/>
¿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: 100px;" type="text"/>	Calle	<input style="width: 50px;" type="text"/>
Bloque No.	<input style="width: 50px;" type="text"/>	Casa / Edificio No.	<input style="width: 50px;" type="text"/>	Municipio	<input style="width: 100px;" type="text"/>
Departamento	<input style="width: 100px;" type="text"/>	País	<input style="width: 100px;" type="text"/>		

Otras referencias de la dirección

Contacto Directo con el (la) Solicitante del Seguro

Tel. Casa	<input style="width: 100px;" type="text"/>	Correo Personal	<input style="width: 150px;" type="text"/>
Celular	<input style="width: 100px;" 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: 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: 100px;" type="text"/>	Profesión	<input style="width: 100px;" type="text"/>
¿Trabaja? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Lugar de Trabajo	<input style="width: 300px;" type="text"/>		Teléfono <input style="width: 50px;" type="text"/>
Dirección de Trabajo	<input style="width: 500px;" type="text"/>		

Datos laborales (Actividad Económica)

Nombre Empresa	<input style="width: 500px;" type="text"/>		
Tipo de Actividad	<input style="width: 100px;" type="text"/>	Explicar	<input style="width: 100px;" type="text"/>
Ámbito de Negocio	<input style="width: 100px;" type="text"/>	Origen de Fondos	<input style="width: 100px;" type="text"/>
Cargo o Posición	<input style="width: 100px;" type="text"/>	Fecha Ingreso	<input style="width: 100px;" 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 Correo Electrónico

Tel. Empresa 2 Página Web

Fax Nombre del contacto

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. Referencias Personales

Nombre del Proveedor	Nombre del Proveedor	Tiempo de la Relación Comercial

6. Seguros con otra compañía

Ramo	Nombre de Compañía de Seguros

7. Especificación del Riesgo

I. Cuestionario de Salud para el Solicitante

Nota: Ante cualquier respuesta afirmativa, dar detalles sobre fechas, cuadro clínico, médico que le atendió, dirección de la clínica, pruebas de laboratorio realizadas, tipo de tratamiento dado y cualquier otro detalle adicional.

Marque su respuesta y especifique	SI	NO	Resultado
Indique su peso en libras: _____			Indique su estatura en metros: _____
1. ¿Se encuentra actualmente gozando de buena salud?			
2. ¿Ha padecido alguna enfermedad o sufrido algún tipo de accidente en los últimos cinco (5) años?			
3. ¿Durante los últimos tres (3) años ha consultado algún médico para ser examinado o intervenido quirúrgicamente?			
4. ¿Ha estado en tratamiento o le han indicado que padece enfermedades cardiovasculares, pulmonares, cancerosas, mentales o nerviosas, de hipertensión arterial, de riñón, vértigo, sífilis, tuberculosis, reumatismo, diabetes, albúmina, gota, úlcera, tumor, hernia, hemofilia, leucemia y lupus eritematoso, desórdenes del aparato digestivo y circulatorio?			
5. ¿Padece de alguno de estos síntomas sin explicación: fatiga, pérdida de peso, diarrea, ganglios linfáticos inflamados o extrañas lesiones de la piel? ¿Le ha sido tratado o diagnosticado alguna enfermedad relacionada con el alcohol, SIDA, complejo relacionado al SIDA (ARC) o condiciones relacionadas al SIDA?			
6. ¿Maneja o viaja en motocicleta, maneja o viaja en avión o helicóptero privado?			
7. ¿Padece alguna limitación física o alguna deformidad?			
8. ¿Alguna vez ha solicitado seguro de vida, de accidentes o de salud, o rehabilitación que haya sido declinada, pospuesta, recargada, o modificada de alguna forma?			
9. ¿Tiene usted otro(s) seguro(s) de vida y/o accidentes personales y/o de salud?			

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

Moneda: Lempiras Dólares

Gastos médicos: 10% 20%

SUMA ASEGURADA	
COBERTURAS	Amparado
1. Muerte Accidental	
Beneficios adicionales a la cobertura básica:	

Frecuencia de Pago Contado *Mensual

*Solo con débito automático, con tarjeta de crédito, cuenta de ahorro o cuenta de cheque.

Medio de Pago Efectivo Tarjeta de crédito o débito Débito automático Número de pagos

*Débito automático, solo con tarjeta de crédito, débito, cuenta de ahorros o cuenta de cheques.

AUTORIZACIÓN DE DÉBITO AUTOMÁTICO Si No

Tipo de tarjeta/cuenta para débito automático Tarjeta Débito Tarjeta Crédito Cuenta de Ahorro Cuenta de Cheque

Número de Tarjeta y/o Cuenta para Débito Automático

Valor a Debitar automáticamente

Autorizo debitar de mi tarjeta/cuenta el costo de la prima de seguro según la forma de pago seleccionada, dentro del rango de edades correspondientes. Una vez que sobrepase el límite superior de cada rango de edades, la prima de la forma de pago seleccionada se incrementará automáticamente de acuerdo a la edad cumplida.

Nota: En caso de reposición o cambio de mi tarjeta, autorizo se hagan los cargos a mi nueva tarjeta.

Entiendo que Seguros Lafise Honduras cargará a mi tarjeta/cuenta el valor de mis primas hasta que notifique por escrito, a Seguros Lafise Honduras, la cancelación de esta autorización.

10. Beneficiarios de la Póliza

Beneficiarios	No. Identificación	Parentesco	Porcentaje
1)			
2)			
3)			
4)			
5)			
Total Designado			

Importante: Cualquier indemnización que corresponda a un menor de edad, se entregará a:

Nombre completo del tutor: Número de Identidad

11. Vigencia del Seguro

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

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 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 Aseguradora 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:

- 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 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 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, 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: _____

Revisado por: _____ Fecha de Revisión: _____

Aprobado por: _____ Fecha de Aprobación: _____

Observaciones: _____

Texto Registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguro según Resolución Registro POL GPU No.2/25-01-2021