

## SEGURO COLECTIVO MÉDICO HOSPITALARIO SOLICITUD DE SEGURO (CONTRATANTE)

<b>Póliza No.</b>		<b>Categoría:</b>	
<b>Agencia:</b>	<b>Vigencia Desde:</b>	<b>Hasta:</b>	<b>Hora:</b>
Persona Jurídica <input type="checkbox"/> APNFD <input type="checkbox"/>	Empresa de Gobierno <input type="checkbox"/> ONG <input type="checkbox"/>	Entidad Supervisada <input type="checkbox"/> PEP <input type="checkbox"/>	

### I) Datos Generales del tomador del Seguro y del Representante Legal

RAZON O DENOMINACION SOCIAL		NOMBRE COMERCIAL		FECHA DE CONSTITUCION	
R.T.N. DE LA EMPRESA		NO. DE INSCRIPCIÓN EN REGISTRO MERCANTIL		DÍA   MES   AÑO	
Nombres:		Primer Apellido:		Segundo Apellido: Apellido de Casada:	
Lugar de Nacimiento: Municipio   Departamento   País				Nacionalidad (es):	
Fecha de Nacimiento: Día: ____ Mes: ____ Año: ____		Edad:	RTN:		Número de Identificación:
Género: Masculino <input type="checkbox"/> Femenin <input type="checkbox"/>		Tipo de Identificación: Tarjeta de Identidad <input type="checkbox"/> Pasaport <input type="checkbox"/> Carnet de Re <input type="checkbox"/> te			
Estado Civil:					
Soltero (a) <input type="checkbox"/>		Casado <input type="checkbox"/>		Viudo <input type="checkbox"/> Unión <input type="checkbox"/> Divorciado (a) <input type="checkbox"/> Sep <input type="checkbox"/> lo (a)	
Nombre Completo del Cónyuge:			No. Identificación de Cónyuge:		
<b>Dirección Completa de Residencia:</b>					
Departamento:		Municipio:		Ciudad:	
Bloque:		No. de casa:		Calle:	
Otras referencias o señas:		Teléfono fijo:		Celular:	
		No. Fax		Otro teléfono:	
Correo electrónico:					
Ocupación u Oficio:					

### II. Origen de sus Recursos

Actividad económica principal:					
Ocupación actual:					
Asalariado <input type="checkbox"/>		Jubilad <input type="checkbox"/>		Est <input type="checkbox"/> nte <input type="checkbox"/>	
Independiente					
Posee negocio propio: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Nombre del negocio (si aplica)		Giro o actividad económica del negocio:	
Nombre de la empresa donde labora:		Posición / Cargo que desempeña:		Fecha de empleo: Día: ____ Mes: ____ Año: ____	
Es usted una persona expuesta públicamente (PEP) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
En caso de que su respuesta sea afirmativa, completar el formulario de identificación y vinculación para personas expuestas políticamente (Nacional y extranjero)					
Cargo público desempeñado en los últimos cuatro (4) años e institución					
Institución		Cargo Publico		Periodo	

### III. Información financiera del Representante Legal

Especifique su fuente de Ingresos:		¿Recibe ingresos diferentes a su actividad principal? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
<b>Nivel aproximado de ingreso según el Salario Mínimo Mensual Vigente (Actividad Principal):</b>		Si su respuesta es SI detalle:	
De 0 – 3	<input type="checkbox"/>	Fuente de ingreso: _____	
De 4 – 6	<input type="checkbox"/>	Valor mensual estimado: _____	
De 7 – 10	<input type="checkbox"/>		
De 11-20	<input type="checkbox"/>		
De 21-50	<input type="checkbox"/>	¿Realiza transacciones en moneda extranjera? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
50 en adelante	<input type="checkbox"/>	Tipo de Moneda: Dólar <input type="checkbox"/> Euro <input type="checkbox"/> Otra _____	

#### IV. Información de Seguros

Propósito del Seguro:	
Mantiene pólizas suscritas con esta u otra (s) aseguradora (s): SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Nombre de la Aseguradora:
Tipo (s) de Seguro (s):	Suma (s) Asegurada (s):

**Datos del Beneficiario Final**  
**¿Actúa en nombre propio?**

Sí  No

En caso de que su respuesta sea negativa, especifique el nombre del tercero por el que actúa

Nombre Completo	Identidad/ RTN	Parentesco	Relación (marque con X)	¿Es un PEP? NO	SI /
			Financiera <input type="checkbox"/> Contractual <input type="checkbox"/>		

#### V. Datos Generales del Contratante

**Dirección Completa**

Departamento:	Municipio:	Ciudad:	Colonia / Barrio:
Bloque No:	Edificio:	Calle:	Avenida:
Teléfono No:	Fax No:	Otros teléfonos:	
Correo Electrónico:		Sitio WEB:	
Otras Referencias o Señas:			
¿Tiene su empresa oficinas en otros departamentos o en el extranjero? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		¿Dónde? (Anexe detalle en caso de ser necesario)	
¿La Empresa previene y controla el Lavado de Activos y Financiamiento al Terrorismo? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Si su respuesta es afirmativa, como lo hace? ; Semi <input type="checkbox"/> rios    Capaci <input type="checkbox"/> iones <input type="checkbox"/> Charlas <input type="checkbox"/> rífolios otros _____			

**Información de accionistas (25% de participación) cantidad de accionistas (este debe detallar sus dueños hasta llegar al beneficiario final):**

Nombre Completo y/o Razón Social	Tipo de Identificación	No. De Identificación	Participación %	¿Es un PEP? SI / NO

*En caso de los accionistas sea otra Persona Jurídica reportar la totalidad accionaria en una hoja adicional, hasta llegar a la Persona Natural*

En caso de que su respuesta sea afirmativa como PEPS el socio deberá completar el formulario de identificación y vinculación para personas expuestas políticamente (nacionales y extranjeros)

Favor indicarnos los miembros que forman parte de la junta directiva y/o consejo de administración (control de la sociedad)

Nombre Completo y/o Razón Social	Tipo de Identificación	No. De Identificación	Origen de los Fondos	¿Es un PEP? SI / NO

En caso de que su respuesta sea afirmativa como PEPS, el miembro de Junta Directiva deberá completar el formulario de identificación y vinculación para personas expuestas políticamente (nacionales y extranjeros).

Especifique la procedencia de los fondos para el pago de la prima del seguro:

--

Información Financiera del Contratante (marque con una X los valores que correspondan)

Ingresos y egresos	Total ingresos anuales	Total egresos anuales	Activos y Pasivos (Lps.)	Total Activos	Total Pasivos
No tiene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No tiene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menos de L.500,000.00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Menos de L.500,000.00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L.500,000.00 a un Millon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L.500,000 a un Millon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L. 1 Millon a L.5 Millones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 Millon a 5 Millones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L.5 Millones a L.10 Millones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L.5 Millones a 10 Millones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Millones a L.25 Millones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L.10 Millones a L.25 Millones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L.25 Millones a L.50 Millones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L.25 Millones a L.50 Millones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L. 50 Millones a L.100 Millonres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L.50 Millones a L.100 Millones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Más de L.100 Millones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Más de L.100 Millones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Referencias Bancarias o Comerciales del Contratante

Denominacion Social	Nombre Comercial	Número RTN

Detalle dos (2) proveedores que le brindan servicios

Denominacion Social	Nombre Comercial	Número RTN

## VI. DATOS DE LA PÓLIZA

- a) Tipo de Cobertura: \_\_\_\_\_ b)  
 Vigencia: entrará en vigor el día \_\_\_\_\_ a las 12:00 horas del mediodía  
 Hasta el día \_\_\_\_\_ a las 12:00 horas del mediodía  
 c) Forma de pago \_\_\_\_\_ administrará la póliza \_\_\_\_\_ d)  
 Participación del Asegurado Principal en el costo de la prima SI ( ) NO ( ) Porcentaje \_\_\_\_\_ e)  
 Participación del Asegurado Principal en el costo de la prima para dependientes SI ( ) NO ( ) Porcentaje \_\_\_\_\_ f)  
 Número de miembros que formarán parte del Grupo Asegurado

## VII. COBERTURA BASICA

a) Gastos por suministros de hospital:

- Gasto diario por cuarto y alimentos: la cantidad que le cobre el hospital, hasta el máximo establecido en el Cuadro de Beneficios de las Condiciones Particulares, sin exceder de trescientos sesenta y cinco (365) días por cada período de incapacidad.
- Derecho al uso de sala de emergencias, sala de operaciones, cuidados intensivos y ambulancia.
- Drogas y medicamentos que sean necesarios para el tratamiento de una enfermedad o accidente, suministrados dentro del hospital.

4. Costo de análisis de laboratorio, de estudios de rayos x, de electrocardiografía, encefalografía o de cualesquiera otros indispensables para diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o accidente.
  5. Gastos por consumo de oxígeno, terapia de inhalación, transfusiones de sangre, plasma, sueros u otras sustancias similares.
  6. Gastos por alquiler de: silla de ruedas, cama especial de hospital, pulmón mecánico o cualquier equipo mecánico necesario para el tratamiento de parálisis respiratorias.
- b) Gastos y honorarios por tratamiento médico suministrado por un médico autorizado legalmente para ejercer la medicina, sujetando dichos gastos al arancel vigente.
  - c) Gastos y honorarios por procedimientos quirúrgicos realizados por un cirujano autorizado legalmente, sujetando dichos gastos al arancel vigente.
  - d) Los gastos de anestesia y honorarios de anestesiólogo autorizados legalmente para ejercer la profesión, sujetando dichos gastos al arancel vigente.
  - e) Gastos y honorarios por atención suministrada por enfermeras(os), de acuerdo a los costos razonables y acostumbrados.
  - f) Gastos y honorarios por procedimientos suministrados por un radiólogo, indicado por un médico.
  - g) Gastos y honorarios por tratamientos suministrados por un fisioterapeuta, remitido por un médico especialista en el ramo.
  - h) Drogas y medicamentos que sean necesarios para el tratamiento de una enfermedad o accidente adquiridos fuera del hospital siempre que sean prescritos por un médico y suministrados por un farmacéutico autorizado para ello.
  - i) Costo de análisis de laboratorio, de estudios de rayos x, de electrocardiografía, encefalografía, electromiografía, ecocardiograma, pruebas de esfuerzo, estudios de velocidad de neuro-conducción o de cualesquiera otros indispensables para diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o accidente cubiertos por esta póliza, sin que los reconocimientos de estos gastos representen obligación para la Compañía en caso de diagnosticar una enfermedad excluida por la misma.
  - j) Gastos por alquiler de oxígeno, terapia de inhalación, sueros u otras sustancias similares.
  - k) Los gastos de recién nacido serán elegibles después de los diez (10) días de su nacimiento.
  - l) Gastos por tratamientos de una enfermedad o cirugía de los dientes o tejidos adyacentes practicados por un dentista u otra persona profesional del ramo, siempre y cuando sean a consecuencia de un accidente y se realicen dentro de los ciento ochenta (180) días siguientes al mismo y que el individuo se encuentre asegurado en la fecha de realización de los gastos.
  - m) Gastos por cirugía plástica reconstructiva practicado por un profesional del ramo, siempre y cuando sean a consecuencia de un accidente y se realicen dentro, del ciento ochenta (180) días siguientes al mismo y que el individuo se encuentre asegurado en la fecha de realización de los gastos.
  - n) Gastos por trasplante de órganos, exceptuando todos los gastos en que incurra el donante.
  - o) Beneficio de maternidad sujeto a las siguientes condiciones:
    1. El reembolso por los gastos de maternidad quedarán sujetos al arancel específico por esta cobertura.
    2. El beneficio de maternidad queda amparado siempre y cuando el embarazo se origine seis (6) meses posteriores al inicio de cobertura de la póliza. Dicho beneficio ampara únicamente a la asegurada principal y a la conyugue del asegurado.
    3. Queda entendido y convenido que los gastos por el recién nacido sano (sala cuna y control de pediatría) no serán cubiertos bajo el beneficio de maternidad, a excepción de lo mencionado en los gastos cubiertos.

#### **VII. CONDICIONES PARA FORMAR PARTE DEL GRUPO ASEGURABLE:**

- a) Edad comprendida entre quince (15) y sesenta (60) años en el cumpleaños más próximo.
- b) Tener como mínimo dos meses de pertenecer al Grupo Asegurado.
- c) Número de Miembros que formarán parte del Grupo Asegurado:

#### **VIII) Declaraciones y Autorizaciones del Asegurado o Titular de la Póliza**

Declaro expresamente que:

1. Autorizo a SEGUROS CREFISA, S.A. a acceder a la Central de Riesgos de la Comisión Nacional de Bancos y Seguros (CNBS) y a cualquier otra base de datos gubernamental o privada, para consultar datos de las obligaciones que tanto mi representada como mi persona podamos tener en el Sistema Comercial o Financiero y declaro que he sido enterado y acepto las Condiciones

Generales antes descritas y que figuran en la póliza solicitada.

2. 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.

3. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla Periódicamente.

4. Autorizo a Seguros Crefisa S.A., registrar en la Base de Datos de la Central de Información Sistema Asegurador (CISA) cualquier reclamo presentado y amparado bajo la póliza de la cual forma parte el presente documento.

**Declaración y origen de fondos y aceptación de cláusula.**

Certifico que la información brindada en esta solicitud es verídica. Asimismo, comprendo que en caso de no proporcionar la información correcta o si se comprobare que las respuestas no están sujetas a la realidad, las coberturas del seguro contratado se podrían ver afectadas, eximiendo a Crefisa Compañía de Seguros S.A. de toda obligación de indemnizar.

Queda entendido y convenido que la presente Solicitud - Certificado, Carátula, Condiciones Generales y Anexos (si los hubiere) forman parte integrante del Contrato de Seguro.

Dado en la Ciudad de \_\_\_\_\_ el \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
**Firma del Solicitante**  
**(Huella digital si no**  
**puede escribir)**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Titular de la póliza**  
**(Huella digital si no puede**  
**escribir)**

\_\_\_\_\_  
**Firma y Sello**  
**Seguros Crefisa**

\_\_\_\_\_  
**Nombre del Intermediario**  
**Código No \_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Intermediario**

\_\_\_\_\_  
**Nombre del Oficial de Negocios**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Oficial del Negocios**