

SEGURO COLECTIVO DE VIDA

SOLICITUD DE SEGURO DEL CONTRATANTE

Póliza No.		Categoria:	
Agencia:	Vigencia Desde:	Hasta:	Hora:
Persona Jurídica ☐	Empresa de Gobierno ☐		Entidad ☐
Supervisada ☐	APNFD ☐		PEP ☐
ONG ☐			

I. Datos Generales del tomador de Seguro / Representante Legal							
RAZON O DENOMINACION SOCIAL		NOMBRE COMERCIAL		FECHA DE CONSTITUCION DIA MES AÑO			
R.T.N. DE LA EMPRESA		NO. DE INSCRIPCIÓN EN REGISTRO MERCANTIL		OBJETO SOCIAL Y/O ACTIVIDAD ECONOMICA			
Nombres:		Primer Apellido:		Segundo Apellido:		Apellido de Casada:	
Lugar de Nacimiento: Municipio Departamento País				Nacionalidad (es):			
Fecha de Nacimiento:		Edad:		RTN:		Número de Identificación:	
Día: _____ Mes: _____ Año: _____							
Género:		Tipo de Identificación:					
Masculino ☐ Femenino ☐		Tarjeta de Identidad ☐ Pasaporte ☐ Carnet de Residente ☐					
Estado Civil:							
Soltero (a) ☐ Casado (a) ☐ Viudo (a) ☐ Unión Libre ☐ Divorciado (a) ☐ Separado (a) ☐							
Nombre Completo del Cónyuge:				No. Identificación de Cónyuge:			
Dirección Completa de Residencia:							
Departamento:		Municipio:		Ciudad:		Colonia:	
Bloque:		No. de casa:		Calle:		Avenida:	
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		☐	Jubilado
		☐	Estudiante
		☐	Independiente
Posee negocio propio:		Nombre del negocio (si aplica)	
Sí ☐		No ☐	
Nombre de la empresa donde labora:		Posición / Cargo que desempeña:	
		Fecha de empleo:	
		Día:___ Mes:___	
		Año:_____	
Es usted una persona expuesta públicamente (PEP)			
Sí		☐	No
		☐	
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	
Profesión u Ocupación:			
III. Dirección completa de la empresa:			
Departamento:		Municipio:	
Ciudad:		Colonia/Barrio	
Calle:		Bloque:	
Avenida:		Edificio:	
Teléfono del Trabajo:		No. Fax:	
Correo Electrónico:		Sitio web:	
Otras referencias o señas:			

IV. Información financiera del Asegurado/ Representante Legal			
Especifique su fuente de Ingresos:			
Nivel aproximado de ingreso según el Salario Mínimo Mensual Vigente (Actividad Principal):		¿Recibe ingresos diferentes a su actividad principal?	
De 0 – 3		☐	SI ☐ NO ☐
De 4 – 6		☐	
De 7 – 10		☐	Si su respuesta es SI detalle:
De 11-20		☐	Fuente de ingreso:

De 21-50		☐	Valor mensual estimado:
50 en adelante		☐	_____
			¿Realiza transacciones en moneda extranjera?
			SI ☐ NO ☐
			Tipo de Moneda: Dólar ☐ Euro ☐
			Otra _____

V. Información de Seguros

Propósito del Seguro:	
Mantiene pólizas suscritas con esta u otra (s) aseguradora (s):	Nombre de la Aseguradora:
SI ☐	
NO ☐	
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? SI / NO
			Financiera	Personal	

VI. 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 ☐ NO ☐		¿Dónde? (Anexe detalle en caso de ser necesario)	
¿La Empresa previene y controla el Lavado de Activos y Financiamiento al Terrorismo? SI ☐ NO ☐ Si su respuesta es afirmativa, como lo hace? ; Seminarios ☐ Capacitaciones ☐ Charlas ☐ Trifolios ☐ 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	Origen de los Fondos	Participación %	¿Es un PEP? SI / NO

En caso de los accionistas, **que no cuenten** con el porcentaje de participación requerido, o que sea otra Persona Jurídica reportar **la totalidad accionaria en una hoja adicional**.

¿Alguno de los socios detallados son figura pública nacional o extranjera; o bien tiene uno de los anteriores un familiar en primer grado consanguinidad o afinidad?
Sí ☐ No ☐

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

¿Son todos los accionistas o asociados, antes descritos, los beneficiarios finales?
Sí ☐ No ☐

En caso de que su respuesta sea negativa, favor especifique en la tabla que se detalla a continuación los beneficiarios finales:

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

¿Alguno de los socios detallados son figura pública nacional o extrajera; o bien tiene uno de los anteriores un familiar el primer grado consanguinidad o afinidad?
Sí ☐ No ☐

En caso de que su respuesta sea afirmativa, 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	Participación %	¿Es un PEP? SI / NO

¿Alguno de los de la Junta Directiva y/o Consejo de Administración detallados son figura pública nacional o extranjera; o bien tiene uno de los anteriores un familiar el primer grado consanguinidad o afinidad?

Sí ☐ No ☐

En caso de que su respuesta sea afirmativa, el socio 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	☐	☐	No tiene	☐	☐
Menos de L.500,000.00	☐	☐	Menos de L.500,000.00	☐	☐
L.500,000 a un Millon	☐	☐	L.500,000 a un Millon	☐	☐
1 Millon a 5 Millones	☐	☐	1 Millon a 5 Millones	☐	☐
L.5 Millones a 10 Millones	☐	☐	L.5 Millones a 10 Millones	☐	☐
L.10 Millones a L.25 Millones	☐	☐	L.10 Millones a L.25 Millones	☐	☐
L.25 Millones a L.50 Millones	☐	☐	L.25 Millones a L.50 Millones	☐	☐
L.50 Millones a L.100 Millones	☐	☐	L.50 Millones a L.100 Millones	☐	☐
Más de L.100 Millones	☐	☐	Más de L.100 Millones	☐	☐

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

Cobertura Básica: Muerte

Coberturas Adicionales:	Si	No
1. Beneficio por Incapacidad Total y Permanente a causa de Enfermedad o Accidentes		
2. Beneficio de Exoneración del Pago de Primas por Incapacidad Total y Permanente		
3. Beneficio por Muerte, Desmembramiento o Pérdida de la Vista por causa Accidental		
4. Gastos Fúnebres		
5. Anticipo Parcial de la Suma Básica en Caso de Enfermedad Terminal		

6.	Repatriación		
7.	Gastos Médicos por Accidente		
8.	Renta Diaria por Incapacidad Temporal por Accidente		
9.	Ayuda Alimentaria		

VII. DATOS DE LA PÓLIZA

- a) Plan de Seguro y Beneficios Complementarios: _____
- 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 Contratante en el pago de la prima SI () NO () Porcentaje _____
- e) Participación del Asegurado en el pago de la prima SI () NO () Porcentaje _____

VIII. LA SUMA ASEGURADA PARA CADA MIEMBRO DEL GRUPO ASEGURABLE, SE DETERMINARÁ DE ACUERDO CON LAS BASES QUE ABAJO SE CONSIGNAN; SIN EMBARGO, EL MAXIMO DE SUMA ASEGURADA QUE SE PODRA CONCEDER SOBRE UNA VIDA, EN NINGUN CASO SERA SUPERIOR A LA QUE RESULTE DE MULTIPLICAR LA SUMA ASEGURADA PROMEDIO DEL GRUPO, POR LOS FACTORES QUE APARECEN A CONTINUACION:

N° DE ASEGURADOS	FACTOR	N° DE ASEGURADOS	FACTOR	N° DE ASEGURADOS	FACTOR
20 - 24	2	100 - 149	5	300 - 399	8
25 - 49	3	150 - 199	6	400 - 499	9
50 - 99	4	200 - 299	7	500 ó MAS	10

BASES: _____

IX. CONDICIONES PARA FORMAR PARTE DEL GRUPO ASEGURABLE:

- a) Edad comprendida entre quince (15) y sesenta y cuatro (64) años en el cumpleaños más próximo.
- b) Tener como mínimo dos meses de pertenecer al Grupo Asegurado.
- c) Edad máxima de permanencia: sesenta y nueve (69) años, inclusive
- d) Número de Miembros que formarán parte del Grupo Asegurado: _____

Queda entendido y convenido que la presente solicitud forma parte integrante del Contrato de Seguro. Declaro que lo manifestado anteriormente, así como la información contenida en la relación del grupo asegurable son verdaderas y exactas, y que además todas las personas que aparecen en la relación gozan de buena salud a mi leal saber y entender; sin embargo, si al momento de emitir la póliza solicitada alguno de ellos estuviera enfermo, quedará excluido del seguro pudiendo ser incorporado, al desaparecer la causa que motiva su exclusión.

X. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES DEL CONTRATANTE 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 Crefisa, Compañía de Seguros 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 comprobase 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