

SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL TEMPORAL (5, 10, 15 Y 20 AÑOS), VIDA SEGURA GOLD SOLICITUD DE SEGURO

Tipo de Persona: Natural Jurídica Comerciante Individual

Para Uso Exclusivo de la Aseguradora

Tipo Relación/Rol: Contratante Afianzado Asegurado Acreedor Reasegurador Intermediario
 Beneficiario Apoderado Proveedor Corredor de Reaseguro Otro

ID Cliente Categoría Riesgo Cliente: Nuevo Existente
 ID Acreedor Categoría Riesgo Cliente: Nuevo Existente
 No. Trámite No. Oferta No. Póliza

1. Datos Personales del Asegurado o del Representante Legal

Apellidos Nombres
 Fecha Nacimiento Edad Lugar de Nacimiento
Sexo: Femenino Masculino **Estado Civil:** Soltero (a) Casado (a) Divorciado (a) Viudo (a)
 No. Identificación No. R.T.N.
 Tipo Identificación: Cédula Pasaporte Residencia No. Seguro Social
 Ocupación 1ra. Nacionalidad
 Profesión 2da. Nacionalidad
 ¿Se ha desempeñado como funcionario público en un puesto con poder de decisión o con acceso a recursos públicos? Si No
 Ocupación PEP'S Nombre Institución
 ¿Algún pariente suyo se ha desempeñado como funcionario público en un puesto con poder de decisión o con acceso a recursos públicos? Si No
 Si su respuesta es si: Nombre Identificación
Dirección de Domicilio
 Barrio / Colonia Avenida Calle
 Bloque No. Casa / Edificio No. Municipio
 Departamento País
 Otras referencias de la dirección

Contacto Directo con el (la) Solicitante del Seguro

Tel. Casa Correo Personal
 Celular Forma de Contacto: Tel. Casa Celular Correo electrónico
 Autoriza a Seguros LAFISE a enviar información a mi correo electrónico? Si No

Datos del Cónyuge

Apellidos Nombres
 Teléfono Casa No. Identificación
 Celular Correo Electrónico
 Ocupación Actual Profesión
 ¿Trabaja? Si No
 Lugar de Trabajo Teléfono
 Dirección de Trabajo

Datos laborales (Actividad Económica)

Nombre Empresa
 Tipo de Actividad Explicar
 Ámbito de Negocio Origen de Fondos
 Cargo o Posición Fecha Ingreso

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 Comerciante 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:

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. Plan <input type="checkbox"/> Temporal 5 años <input type="checkbox"/> Temporal 10 años <input type="checkbox"/> Temporal 15 años <input type="checkbox"/> Temporal 20 años				
II. Cuestionario para Seguro sin Examen Médico				
Marque su respuesta y especifique	SI	NO	Resultado	
1. Estatura en metros _____, peso en libras _____. ¿Ha variado su peso en los últimos doce (12) meses?			¿Causas?	
2. ¿Ha sido tratado por algún médico en los últimos tres (3) años?			¿Causas? ¿Fechas? ¿Resultado? ¿Médico?	
3. ¿Consumo o a consumido bebidas alcohólicas o drogas?			¿Cuáles? ¿Frecuencia? ¿Cantidad?	
4. ¿Le ha sido diagnosticado por un médico el alcoholismo o adicción a drogas?			¿Nombre del Médico? ¿Fecha?	
5. ¿Fuma?			¿Desde cuándo? ¿Unidades de cigarrillo que fuma al día? ¿Fuma puro o Pipa?	
6. ¿Ha sido operado o tiene alguna operación programada?			¿Causas? ¿Fecha? ¿Resultados? ¿Hospital? ¿Médico?	
7. ¿Ha padecido o le han diagnosticado: enfermedades del corazón, cáncer, tuberculosis, epilepsia, sida, enfermedades renales, del aparato digestivo u otra enfermedad no especificada aquí?			¿Cuál? ¿Condición actual? ¿Médico tratante?	
8. ¿Tiene algún impedimento físico, algún grado de incapacidad o invalidez total y permanente?			¿Tipo? ¿Causa del Impedimento?	
9. ¿Por algún motivo usted está expuesto a explosivos, armas, de fuego, material biológico de riesgo, sustancias químicas peligrosas o radiaciones?			Explique	
10. ¿Ha habido en su familia enfermos del corazón, hipertensión, asma, cáncer, diabetes, u otras enfermedades hereditarias?			¿Cuáles? ¿Quiénes?	
11. ¿Le han rechazado, cancelado o aceptado bajo ciertas condiciones algún seguro de vida?			Explique	
12. ¿Practica algún deporte?			¿Qué deportes? ¿Frecuencia?	
13. ¿Practica alguna actividad de alto riesgo como, motociclismo, automovilismo, buceo, tauromaquia, piloto de avión, etc.?			¿Cuáles? ¿Frecuencia?	
14. Si el solicitante es mujer, ¿Ha padecido o le han diagnosticado enfermedades de ovarios, matriz o mamas?			¿Condición actual? ¿Médico tratante?	
15. Si el solicitante es mujer, ¿Está embarazada?			Meses de embarazo: _____	
16. Si el solicitante es mujer, ¿Ha estado embarazada?			Resultados: _____ Número de embarazos: _____ Número de Cesareas: _____ Número de abortos: _____	
17. Nombre, dirección y teléfono del (los) médico (s) que acostumbra consultar				
Historia familiar	Edad	Estado de salud	Edad a su muerte	Causa de muerte
Padre				
Madre				
No. Hermanos				
No. Hijos				

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:

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 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.
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 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 Seguros según Resolución Registro POL GPU No. 29/03-06-2021."