

## SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES ESCOLARES SOLICITUD DE SEGURO (CONTRATANTE)

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

**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"/>	
<b>Dirección de Domicilio</b>			
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"/>	
Otras referencias de la dirección <input style="width: 150px;" type="text"/>			

### Contacto Directo con el (la) Solicitante del Seguro

Teléfono <input style="width: 100px;" type="text"/>	Celular 1 <input style="width: 100px;" type="text"/>	Celular 2 <input style="width: 100px;" type="text"/>
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? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Lugar de Trabajo <input style="width: 150px;" type="text"/>		Teléfono <input style="width: 100px;" type="text"/>	
Dirección de Trabajo <input style="width: 150px;" type="text"/>			

### Lugar de Trabajo

Nombre Empresa <input style="width: 150px;" type="text"/>	
Dirección de Trabajo <input style="width: 150px;" type="text"/>	
Cargo o Posición <input style="width: 150px;" type="text"/>	Fecha Ingreso <input style="width: 100px;" type="text"/>

### 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

Origen de Fondos:  Ahorro  Empresa  Honorarios Legales  Pensión  Salario  
 Dependientes  Herencia  Negocio Propio  Jubilación  Renta de Bienes  
 Socio  Otros:

### 2. Seguros con otra compañía

Ramo	Nombre de Compañía de Seguros

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

Moneda: <input type="checkbox"/> Lempiras <input type="checkbox"/> Dólares	
Descripción	SUMA ASEGURADA
1 Muerte Accidental	<input style="width: 100px;" type="text"/>
2 Incapacidad Permanente, Parcial o Total por Accidente	<input type="checkbox"/> Amparada <input type="checkbox"/> Excluida
3 Reembolso de Gastos Médicos por Accidente	<input type="checkbox"/> Amparada <input type="checkbox"/> Excluida

### 4. Declaración de Beneficiarios

Escribir nombre completo y con letra molde.

No.	Nombre completo	No. Identidad	Dirección	Parentesco	Porcentaje

## 5. 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?			

## 6. 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 Representante Legal:** \_\_\_\_\_