

## SEGURO DE ACCIDENTES DE TRABAJO SOLICITUD DE SEGURO

La solicitud deberá ser llenada con letra de molde y sin omitir datos, sin tachaduras, borrones ni manchones.

PARA USO EXCLUSIVO DE MAPFRE				
Código de contratante	Número de solicitud	Vinculación	Fecha de emisión	Número de póliza
			Día - Mes - Año	
A. DATOS GENERALES				
I. DATOS DEL AGENTE DE SEGURO				
Agente		Código del agente		
II. DATOS DEL CONTRATANTE				
DATOS REPRESENTANTE LEGAL				
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido	
Tipo de identificación	Identidad	Pasaporte	Carné de residencia	
No. identificación	RTN	Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento	
		Día - Mes - Año		
Estado civil	S   C   D   V   UL	Género	Masculino	Femenino
Nacionalidad (es)			Profesión, oficio u ocupación	
1				
2				
Nombre del cónyuge (completo)				
Móvil		Móvil _ 2		
Correo electrónico				
Correo electrónico _ 2				
Lugar de trabajo	Área	Cargo que desempeña	Fecha de ingreso	
			Día - Mes - Año	
Nivel aproximado de ingreso según el salario mínimo mensual vigente				
De 0 - 3	De 4 - 6	De 7 - 10	De 11 - 22	De 22- 50
				De 50 en adelante
Ha desempeñado un cargo público en los últimos cuatro (4) años			Si	No
Dirección de residencia del Representante Legal				
País	Departamento	Municipio	Barrio o colonia	
No. Casa/ lote	Calle(s)	Avenida(s)	Teléfono de la residencia	
DATOS DE PERSONA JURIDICA				
Razón o Denominación Social	Nombre Comercial	RTN/RUC	Fecha de Constitución	
			Día - Mes - Año	
Número de registro de la escritura	Pertenece su empresa a un grupo Financiero o Económico Si			No
	¿Cuál?			
Tipo de Empresa				
Según la composición de capital	Pública	<input type="checkbox"/>	Privada	<input type="checkbox"/>
			Mixta	<input type="checkbox"/>
Según la actividad económica	Industrial	<input type="checkbox"/>	Comercial	<input type="checkbox"/>
	Construcción	<input type="checkbox"/>	Agrícola	Transporte
	Servicio Financieros	<input type="checkbox"/>		Civil
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Según la forma jurídica

APNFD

Empresas Nacionales  
con fines de lucro

Empresas extranjeras que  
operan en Honduras

Escuelas  Instituciones sin Cooperativas   
 Públicas Fines de Lucro   
 Embajadas  Empresas del Estado

Departamento y/o países en que opera

**Dirección de la oficina principal de la persona jurídica**

País	Departamento	Municipio	Barrio o colonia
No. Casa/ lote	Calle(s)	Avenida(s)	Teléfono de la empresa

Correo electrónico

**III. VIGENCIA DE LA PÓLIZA**

Desde Día - Mes - Año a las 12 meridiano Hasta Día - Mes - Año a las 12 meridiano

**IV. MONEDA**

Moneda en que se emitirá la póliza:  Lempiras  Dólares

**V. ENTREGA DE CORRESPONDENCIA**

Dirección de residencia del contratante / asegurado  Dirección laboral del contratante / asegurado  Dirección de la oficina principal de la persona jurídica  Correo electrónico

**VI. DATOS DE ADMINISTRADOR DE PÓLIZA**

Nombre completo			
Cargo desempeñado	Teléfono	Móvil	

**B. DATOS DEL RIESGO**

<b>Bases del seguro</b>	Contributorio <input type="checkbox"/> No contributorio <input type="checkbox"/>
<b>Obligación laboral</b>	¿Desea que la cobertura del seguro cubra la obligación laboral según los artículos 420 y 430 del código de trabajo ? (únicamente para casos no contributivos) Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<b>Derecho a la cobertura del seguro.</b> Los nuevos empleados o miembros elegibles para el seguro tendrán derecho al mismo de forma:	Inmediatamente. O sea, a partir de la fecha de empleo o de pertenecer a la categoría de miembros asegurados  Después de haber cubierto un período continuo de espera de _____ meses <input type="checkbox"/> Hasta que sea reportado a la compañía de seguros y aceptado por ésta. <input type="checkbox"/>



3. La información que he suministrado en esta solicitud es veraz y verificable y puede ser confirmada en cualquier momento por esta compañía.

4. Toda la información anterior, ha sido escrita o dictada por mí de acuerdo con mi leal saber y entender, y la misma es la base para que MAPFRE emita la cobertura de seguro solicitada. Así mismo, libero a MAPFRE de toda responsabilidad sobre la cobertura otorgada, en caso de omisiones o declaraciones falsas o inexactas sobre hechos conocidos por mí, que de haber sido debidamente conocidos por MAPFRE hubieran podido influir de modo determinante para que la cobertura solicitada no se suscribiera, o se hubiera suscrito en condiciones distintas.

5. Queda debidamente entendido y aceptado por parte de MAPFRE que el uso de la información obtenida con motivo de esta autorización, está circunscrito estrictamente al proceso de análisis para suscribir o denegar la cobertura solicitada, y el trámite posterior de reclamaciones de derecho si la misma fuera otorgada; por tanto, únicamente podrá ser recopilada, consultada y utilizada por suscriptores de riesgo o analistas de reclamos de MAPFRE, en razón de su naturaleza, MAPFRE deberá garantizar la debida custodia, confidencialidad absoluta y el buen uso de esta información.

6. Acepto el hecho que, de demostrarse falso testimonio en la información aquí presentada, MAPFRE Seguros Honduras, S.A. está facultada a dar por terminado el Contrato de Seguro según se indica en el artículo 1141 del Código de Comercio, sin que esto implique responsabilidad alguna para MAPFRE frente al asegurado.

7. Manifiesto que he leído toda la solicitud, las condiciones generales de la póliza las cuales forman parte integral del contrato, y he tomado conocimiento de mi derecho a decidir sobre la contratación del seguro y a la libre elección de la institución aseguradora y estoy de acuerdo con ella.

8. Autorizo por este medio a los médicos, laboratorios, clínicas u hospitales que han atendido a mi cónyuge, hijos en lo particular a mi persona en la recuperación de la salud, para que suministren a MAPFRE S.A. las informaciones que ésta requiera en relación al seguro que solicito, relevándolos de cualquier prohibición legal que exista sobre revelación de los datos de sus registros con respecto a mi persona. Queda entendido y convenido que una copia fotostática de esta autorización debe considerarse tan efectiva y valida como original.

#### D. FIRMAS

Firmado en la ciudad de \_\_\_\_\_, a los \_\_\_\_\_ día(s) del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del representante legal

\_\_\_\_\_  
Sello de empresa

\_\_\_\_\_  
Firma del agente