

## SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES COLECTIVO SOLICITUD DE SEGURO

**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 o del Representante Legal

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: 30px;" type="text"/>	
Lugar de Nacimiento <input style="width: 150px;" type="text"/>			
<b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		<b>Estado Civil:</b> <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: 100px;" type="text"/>		No. R.T.N. <input style="width: 100px;" type="text"/>	
Tipo Identificación: <input type="checkbox"/> Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Residencia		No. Seguro Social <input style="width: 100px;" type="text"/>	
Ocupación <input style="width: 100px;" type="text"/>		1ra. Nacionalidad <input style="width: 100px;" type="text"/>	
Profesión <input style="width: 100px;" type="text"/>		2da. Nacionalidad <input style="width: 100px;" type="text"/>	
¿Se ha desempeñado como funcionario público en un puesto con poder de decisión o con acceso a recursos públicos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Ocupación PEP'S <input style="width: 100px;" type="text"/>		Nombre Institución <input style="width: 100px;" type="text"/>	
¿Algún pariente suyo se ha desempeñado como funcionario público en un puesto con poder de decisión o con acceso a recursos públicos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Si su repuesta es si: Nombre <input style="width: 100px;" type="text"/>		Identificación <input style="width: 100px;" 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: 100px;" type="text"/>			
Departamento <input style="width: 100px;" type="text"/>		País <input style="width: 100px;" type="text"/>	
Otras referencias de la dirección <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>			

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

Tel. Casa <input style="width: 100px;" type="text"/>		Correo Personal <input style="width: 100px;" type="text"/>	
Celular <input style="width: 100px;" type="text"/>		Forma de Contacto: <input type="checkbox"/> Tel. Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Correo electrónico	
Autoriza a Seguros LAFISE a enviar información a mi correo electrónico? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			

### 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: 100px;" type="text"/>		Profesión <input style="width: 100px;" type="text"/>	
¿Trabaja? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Lugar de Trabajo <input style="width: 150px;" type="text"/>			Teléfono <input style="width: 50px;" type="text"/>
Dirección de Trabajo <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>			

### Datos laborales (Actividad Económica)

Nombre Empresa <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>			
Tipo de Actividad <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		Explicar <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
Ámbito de Negocio <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		Origen de Fondos <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
Cargo o Posición <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		Fecha Ingreso <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	

### Dirección del Trabajo de asegurado o Representante Legal

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: 100px;" type="text"/>			
Departamento <input style="width: 100px;" type="text"/>		País <input style="width: 100px;" type="text"/>	
Tel. Empresa <input style="width: 100px;" type="text"/>		Correo Electrónico Trabajo <input style="width: 100px;" type="text"/>	

**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     Comercian 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:





**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 de Seguros 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:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_