

SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES PERSONALES SOLICITUD DE SEGURO (ASEGURADO)

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	
ID Cliente	<input type="text"/>	Categoría Riesgo	<input type="text"/>
ID Acreedor	<input type="text"/>	Categoría Riesgo	<input type="text"/>
No. Trámite	<input type="text"/>	No. Oferta	<input type="text"/>
		Cliente:	<input type="checkbox"/> Nuevo <input type="checkbox"/> Existente
		Cliente:	<input type="checkbox"/> Nuevo <input type="checkbox"/> Existente
		No. Póliza	<input 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 type="text"/>	Nombres	<input type="text"/>
Fecha Nacimiento	<input type="text"/>	Edad	<input type="text"/>
Lugar de Nacimiento		<input 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 type="text"/>	No. R.T.N.	<input type="text"/>
Tipo Identificación:	<input type="checkbox"/> Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Residencia	No. Seguro Social	<input type="text"/>
Ocupación	<input type="text"/>	1ra. Nacionalidad	<input type="text"/>
Profesión	<input type="text"/>	2da. Nacionalidad	<input type="text"/>
Dirección de Domicilio			
Barrio / Colonia	<input type="text"/>	Avenida	<input type="text"/>
		Calle	<input type="text"/>
Bloque No.	<input type="text"/>	Casa / Edificio No.	<input type="text"/>
Municipio	<input type="text"/>		
Departamento	<input type="text"/>		
Pais	<input type="text"/>		
Otras referencias de la dirección			

Contacto Directo con el (la) Solicitante del Seguro

Teléfono	<input type="text"/>	Celular 1	<input type="text"/>	Celular 2	<input type="text"/>
Actividad económica:	<input type="checkbox"/> Ama de Casa <input type="checkbox"/> Asalariado <input type="checkbox"/> Comercian 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 type="text"/>
Nombres	<input type="text"/>
Teléfono Casa	<input type="text"/>
No. Identificación	<input type="text"/>
Celular	<input type="text"/>
Correo Electrónico	<input type="text"/>
Ocupación Actual	<input type="text"/>
Profesión	<input type="text"/>
¿Trabaja?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Lugar de Trabajo	<input type="text"/>
Teléfono	<input type="text"/>
Dirección de Trabajo	<input type="text"/>

Lugar de Trabajo	
Nombre Empresa	<input type="text"/>
Dirección de Trabajo	<input type="text"/>
Cargo o Posición	<input type="text"/>
Fecha Ingreso	<input type="text"/>

Nivel aproximado de Ingresos según el salario mínimo mensual vigente (SMMV)	
<input type="checkbox"/> De 0-3 <input checked="" type="checkbox"/> De 4-6 <input type="checkbox"/> De 7-10 <input type="checkbox"/> De 11-20 <input type="checkbox"/> De 21-50 <input type="checkbox"/> De 50 en adelante	
Origen de Fondos:	<input type="checkbox"/> Ahorro <input type="checkbox"/> Empresa <input type="checkbox"/> Honorarios Legales <input type="checkbox"/> Pensión <input type="checkbox"/> Salario
	<input type="checkbox"/> Dependientes <input type="checkbox"/> Herencia <input type="checkbox"/> Negocio Propio <input type="checkbox"/> Jubilación <input type="checkbox"/> Renta de Bienes
	<input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> Otros: <input type="text"/>

2. Seguros con otra compañía

Ramo	Nombre de Compañía de Seguros
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

Tipo de Póliza:	<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Colectiva	Moneda:	<input type="checkbox"/> Lempiras <input type="checkbox"/> Dólares
Forma de pago:	<input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Mensual		

Descripción	Suma Asegurada
1 Muerte Accidental	<input type="text"/>
Beneficios Adicionales a la Cobertura Básica:	
2 Anticipo de Suma Asegurada por Gastos Funerarios	<input type="checkbox"/> Amparada <input type="checkbox"/> Excluida
3 Anticipo de Suma Asegurada para Gastos de Repatriación de Restos Mortales	<input type="checkbox"/> Amparada <input type="checkbox"/> Excluida
Coberturas Opcionales:	
4 Incapacidad Parcial o Total Permanente por Accidente	<input type="text"/>
5 Incapacidad Parcial Permanente por Lesión Desmembramientos o Pérdida de la Visión por Accidente	<input type="text"/>
6 Incapacidad Temporal (Por Accidente)	<input type="text"/>
7 Reembolso de Gastos Médicos por accidente	<input type="text"/>

Riesgos Adicionales

- a) En el ejercicio de la profesión declarada.
- b) En su vida particular.
- c) Mientras estuviese circulando o viajando, a pie, a caballo, o en bicicleta sin motor.
- d) Mientras estuviese haciendo uso de cualquier medio habitual para el transporte público de personas, ya sea terrestre, fluvial, marítimo o aéreo en aeronaves que pertenezcan a una línea comercial y cuyo viaje esté sujeto a itinerario fijo o de automóviles particulares, propios o ajenos, conduciéndolos o no.
- e) Mientras practica como aficionado los siguientes deportes: atletismo, baloncesto, bochas, bolos, manejo de canoas, caza menor, ciclismo, deporte náutico a vela y/o motor por ríos o lagos, equitación, esgrima, excursiones a montaña por carreteras o senderos, gimnasia, golf, handball, hockey de campo, natación, patinaje, ping-pong, pesca a menos de cinco (5) Kilómetros de la costa, remo, tenis, tiro (en polígonos habilitados) volley-ball y water-polo.
- f) Mientras practique o juegue en calidad de aficionado football, baseball, esquí acuático, polo, rodeo, rugby o boxeo aficionado.
- g) La asfixia o intoxicación por vapores o gases, o por inmersión u obstrucción.
- h) La intoxicación o envenenamiento por ingestión de sustancias tóxicas y alimentos en mal estado consumidos en lugares públicos o adquiridos en tal estado.
- i) El carbunco o tétano de origen traumático.
- j) La rabia.
- k) Las consecuencias directas de picaduras o mordeduras de serpientes o insectos venenosos.
- l) Los accidentes producidos a los médicos cirujanos y otras personas que como principales o auxiliares hacen profesión de la ciencia médica, cuando tales accidentes produjera infecciones microbianas o intoxicaciones originadas mediante heridas externas sufridas en la ejecución de operaciones quirúrgicas o en las disecciones y autopsias.

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: _____