

La siguiente solicitud deberá ser completada con letra molde sin tachaduras ni alteraciones.

Código: SPN-F.GTP-52

Para uso exclusivo de la Compañía:

Ramo	Número de Solicitud	Número de Póliza	Código del Contratante
Seguro de Vida <input type="checkbox"/>			
Seguro Médico <input type="checkbox"/>			
Accidentes Personales <input type="checkbox"/>			

A. DATOS DEL ASEGURADO

PARA USO EXCLUSIVO DE LA COMPAÑÍA	Código de Contratante:	No. de Solicitud:	No. de Póliza:
-----------------------------------	------------------------	-------------------	----------------

I. Datos Generales del Tomador del Seguro Persona Natural Persona Jurídica

Datos Persona Natural / Representante Legal

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Apellido de casada	D.N.I. <input type="checkbox"/> Carnet de residencia <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/>	No. de documento	Fecha de vencimiento del documento Día Mes Año
RTN contratante natural o representante legal	Lugar de nacimiento	Fecha de nacimiento Día Mes Año	Edad Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Nacionalidad 1 2 3			
Profesión, ocupación, oficio o actividad económica	Estado civil Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Union libre <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/>		
Nombre de la empresa donde trabaja o nombre del negocio propio	Cargo que desempeña		
Tiempo de laborar	Giro de la empresa		
Con que instituciones financieras posee cuentas:	Origen de los recursos		
Nivel aproximado de ingresos L0.00 - L27,000.00 <input type="checkbox"/> L27,000.01 - L53,000.00 <input type="checkbox"/> L53,000.01 - L89,000.00 <input type="checkbox"/> L89,000.01 - L177,000.00 <input type="checkbox"/> L177,000.01 - L442,000.00 <input type="checkbox"/> Mayor a L442,000.01 <input type="checkbox"/>			
¿Ha desempeñado algún cargo público usted o un familiar suyo en los últimos 4 años? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	(Si aplica) Cargo:		(Si aplica) Instituciones:
En caso de ser afirmativo completar el SPS-F.CR-01 formulario de identificación y vinculación para personas expuestas políticamente (Aplica para nacionales y extranjeros)			
¿Actúa en nombre o representación de otra persona? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si la respuesta es Si indicar: Nombre completo de la persona que representa Su relación No. de identidad de la persona que representa		
¿Depende económicamente de otra persona? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si la respuesta es Si indicar: Nombre completo de la persona que representa Su relación No. de identidad de la persona de la que depende		
¿Cliente es APNFD? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si la respuesta es Si indicar que actividad APNFD realiza:		
APNFD = Actividades y Profesiones No Financieras Designadas.			
¿Cliente es Contratista del Estado? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			

Datos del Cónyuge

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Nombre de la empresa donde trabaja		Cargo que desempeña	
No. de Teléfono	No. de Celular	Correo electrónico	

Datos Persona Jurídica

Denominación y razón social						
Objeto social y/o actividad económica	RTN / RUC	No. de inscripción del registro mercantil	Fecha de constitución de la empresa	Día	Mes	Año
Departamentos o países donde opera						
1	2	3				
Origen de los recursos			Monto aproximado del total de activos (Lempiras)			
Venta o ingresos anuales (Lempiras)			¿Pertenece a un grupo económico?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	¿Cuál?
Referencia bancaria o comerciales						
Nombre de la empresa (1)		Teléfono	Nombre de la empresa (2)		Teléfono	
Proveedores principales						
Nombre del proveedor (1)		Teléfono	Nombre del proveedor (2)		Teléfono	
¿Cliente es APNFD? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			Si la respuesta es Si indicar que actividad APNFD realiza:			
APNFD = Actividades y Profesiones No Financieras Designadas.						
¿Cliente es Contratista del Estado? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Cliente es ONG/OSFL? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		ONG = Organismo No Gubernamental OSFL = Organización Sin Fines de Lucro.		

II. Dirección de Residencia del Contratante o Representante Legal Dirección de cobro

País	Departamento	Municipio	Ciudad		
Colonia	Calle	Avenida	Bloque	Casa No.	
Detallar dirección					
Teléfono		Celular		Correo electrónico	

III. Dirección de Trabajo del Contratante o de la Empresa Dirección de cobro

País	Departamento	Municipio	Ciudad		
Colonia	Calle	Avenida	Bloque	Casa No.	
Detallar dirección					
Teléfono		Celular		Correo electrónico	

IV. Información de Otros Seguros

¿Tiene otros seguros con la compañía? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Qué tipo de seguros?	¿Con cuál otra compañía tiene (tenía) seguros?
	¿Qué tipo de seguro?	Sumas aseguradas

B. ESPECIFICACIONES DEL SEGURO

I. Coberturas por Ramo: Marque con una "X" según aplique:

Seguro de Vida Colectivo	Seguro Gastos Médicos Colectivo	Seguro Colectivo de Accidentes Personales
Riesgo Principal: Muerte por Cualquier Causa	Gastos Médicos a causa de accidente, enfermedad.	Muerte Accidental
Beneficio de Incapacidad Total y Permanente		Asistencia de Viajes
Beneficio de Pérdida de la Vista o Desmembramiento		
Beneficio de Pago Anticipado Parcial de la Suma Asegurada Básica en caso de Enfermedad Terminal		

Exoneración de Pago de Primas			
Beneficio de Muerte Accidental			

II. Tipo de Contrato

Contributorio o No contributorio

No-Contributorias Empleados y Dependientes (el contratante paga el 100% de la prima de los asegurados titulares y dependientes):

Se exige participación del 100% de los empleados del contratante y de los dependientes de este.

Pólizas Contributorias Empleados y Dependientes (el asegurado paga un % de la prima de seguro).

Titulares: Se requiere Una participación de por lo menos el 75% del total de empleados.

Dependientes: Se requiere que el 65% de los titulares asegure a su grupo familiar.

Polizas No contributorias Empleados y Contributoria Dependientes.

Titulares: Una participación del 100% del grupo elegible.

Dependientes: Se requiere que el 65% de los titulares asegure a su grupo familiar.

De cumplir con las condiciones descritas el grupo no será sujeto a pruebas de asegurabilidad, siempre y cuando la solicitud de inclusión sea presentada a la Compañía dentro de los 30 días contados a partir de la fecha de empleo del asegurado titular.

El contratante deberá proporcionar el censo total de empleados y dependientes, para que la Compañía puede validar el tipo de contrato para el grupo a asegurar (de no proporcionar el censo, todo el grupo será sujeto a pruebas de asegurabilidad).

Marque con una "X" según aplique:

Contribución	Número de Asegurados	No Contributorio	Contributorio	% de contribución del Contratante
Seguro de Vida Colectivo				
Seguro de Gastos Médicos Modular				
• Empleado solo				
• Empleado con dependiente				
Seguro Colectivo de Accidentes Personales				

III. Clasificación de empleados o miembros a asegurar por categoría

No.	Seguro de Vida		Seguro Médico Hospitalari o		Accidentes Personales	
	Categoría	No. de Asegurados	Categoría	No. de Asegurados	Categoría	No. de Asegurados
1						
2						
3						
4						

IV. Seguro de Vida Adicional (Pagado un 100% por el empleado): Si No

• El contratante se compromete a deducir de planilla la prima correspondiente de cada empleado asegurado.

• Se requiere un porcentaje mínimo de participación del 75% de los empleados elegibles.

V. Afiliación de Servicios

Servicio médico Porsalud	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Servicio de asistencia funeraria	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

VI. Vigencia

Vigencia desde:	/	/	Al medio día	Hasta:	/	/	Al medio día
-----------------	---	---	--------------	--------	---	---	--------------

VII. Forma de Pago Mensual Trimestral Semestral Anual

VIII. Forma de Facturación Mensual Trimestral Semestral Anual

IX. Cuenta con Empresa Afiliadas o Subsidiarias: Si No (En caso que la respuesta sea afirmativa indicar el nombre)

No.	Nombre de las Empresas Afiliadas o Subsidiarias
1.	
2.	
3.	

X. Declaración del Solicitante

Para los efectos legales que pueda tener esta solicitud, declaro que las respuestas contenidas en la misma son ciertas y están completas; reconozco que dichas declaraciones constituyen la base del Contrato de Seguro y acepto la obligación de pagar la prima y ajustes correspondientes al contrato que se expida de acuerdo a mi solicitud.

Hago Constar que me he enterado de las Condiciones Generales, Especiales, Endosos, Anexos y otros documentos que contendrá la Póliza cuya expedición solicito; que otorgo mi conformidad con estas cláusulas y acepto las obligaciones que las mismas me imponen como Contratante.

Autorizo a la COMPAÑÍA para que los documentos que acrediten la celebración de la póliza de seguros, incluyendo las condiciones generales o particulares, modificaciones realizadas a la misma, así como cualquier notificación o información relacionada, pueda ser remitida al correo electrónico indicado en esta solicitud.

IMPORTANTE

Conforme a los artículos 1141 y 1143 del Código del Comercio, debe declarar todos los hechos a que se refiere este cuestionario, tal y como los conozca o deba conocer en el momento de firmarlo. La omisión en las declaraciones, inexactitud o falsedad de éstas respecto de los hechos que se preguntan, origina la pérdida del derecho del solicitante o del beneficiario en su caso, a la indemnización que se derive de la póliza que se expida basada en tales declaraciones.

Lugar y Fecha: _____

Representante Legal	Intermediario
Cargo	Código
Firma y Sello	Firma y Sello

Documentos a presentar:

1. Oferta actualizada y firmada por el representante legal de la empresa contratante.
2. Copia de la identidad del representante legal.
3. Copia del RTN de la empresa e identificación del representante legal.

4. Copia de la escritura de constitución de la empresa contratante y sus reformas debidamente inscritas.
5. Consentimiento individual de seguro debidamente completado por cada persona a asegurar.

Nombre de autorizador:	
-------------------------------	--