

SEGURO DE VIDA COLECTIVO SOLICITUD DE SEGURO (CONTRATANTE)

Tipo de Persona: ☐ Jurídica ☐ Comerciante Individual

Para Uso Exclusivo de la Aseguradora					
Número Ente	☐ Nuevo ☐ Existente	Categoría de Riesgo	Trámite Emisión	No. Cotización	Trámite F. Cotización
Todos los campos deben estar debidamente completados, en caso que no apliquen deben ser llenados con: N/A					
1. Datos del Representante Legal del Contratante					
Apellidos			Nombres		
Fecha Nacimiento		Edad	Lugar de Nacimiento		
Día Mes Año					
Sexo:	☐ Femenino ☐ Masculino	Estado Civil:	☐ Soltero (a) ☐ Casado (a) ☐ Divorciado (a) ☐ Viudo (a)		
		Datos del Cónyuge: Nombres y Apellidos _____ No. de Identificación _____ Celular _____			
No. Identificación		☐ DNI ☐ Pasaporte ☐ Residencia	No. R.T.N.	Nacionalidad 1	Nacionalidad 2
Ocupación			Profesión		
¿Se ha desempeñado como funcionario público en un puesto con poder de decisión o con acceso a recursos públicos? ☐ Si ☐ No			¿Algún pariente suyo se ha desempeñado como funcionario público en un puesto con poder de decisión o con acceso a recursos públicos?. Si su respuesta es si: ☐ Si ☐ No		
Ocupación PEP'S _____			Nombre _____		
Nombre Institución _____			Identificación _____		
Dirección Completa de Domicilio de Asegurado o Representante Legal					
Barrio / Colonia			Zona	Casa	Bloque
Calle	Avenida	Municipio	Departamento	País	
Datos de Contacto Directo con el (la) Solicitante del Seguro					
Tel. Casa	Celular	Correo Personal	Autorizo a Seguros LAFISE a enviar información a mi correo electrónico?		☐ Si ☐ No
Datos laborales (Actividad Económica)					
Nombre de la Empresa donde Labora			Tipo de Actividad		Fecha de Ingreso
Ámbito de Negocios: ☐ Negocios Locales ☐ Negocios Multinacionales ☐ Negocios Regionales			Cargo o Posición		
Dirección completa del Trabajo de asegurado o Representante Legal (incluyendo Zona, No. Casa, Bloque, Ave, Calle, Municipio, Departamento y País):					
Tel. Empresa 1	Correo Electrónico Trabajo		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		
Especificar detalladamente la fuente de Ingresos y/o origen de los recursos:					
Realiza usted actividades y/o Profesiones Financieras no Designadas (APNFD)? ☐ Si ☐ No Si su respuesta es Si Favor indicar que tipo de actividad realiza y entregar la constancia vigente de URMOPRELAFT de la CNBS.					
Dirección de cobro: ☐ Domicilio ☐ Dirección de Trabajo ☐ Correo Electrónico ☐ WhatsApp					

2. Datos Generales Persona Jurídica Contratante				
Razón o Denominación Social			Nombre Comercial	
No. RTN	Fecha de Constitución	País Origen	Países en que opera	
Dirección completa de la empresa				
Barrio / Colonia			Zona	Casa Bloque
Calle	Avenida	Municipio	Departamento	País
Objeto Social y/o Actividad Económica (Giro del Negocio)		Ámbito de Negocios y/o Localidad Económica: ☐ Nacional o Local ☐ Internacional o Multinacional ☐ Regional		
¿Pertenece a un Grupo Económico o financiero?		☐ Si ☐ No Nombre del Grupo: _____		
Total Activos	Ingresos Anuales	Moneda de Ingreso: ☐ Lempiras ☐ Dólares ☐ Euros		
Especificar detalla mente la fuente de Ingresos y/o origen de los recursos				
La empresa realiza actividades y/o Profesiones Financieras no Designadas (APNFD)? ☐ Si ☐ No Si su respuesta es Si Favor indicar que tipo de actividad realiza y entregar la constancia vigente de URMOPRELAFT de la CNBS.				
Detalle de la estructura de Propiedad y Control de la Sociedad describa quienes son los socios, accionistas o propietarios y sus porcentajes de Participación.				
Nombre del Accionista	No. Identificación	Es PEP'S?	% de Acciones	Monto Acciones
		Si ☐ No ☐		
		Si ☐ No ☐		
		Si ☐ No ☐		
		Si ☐ No ☐		
		Si ☐ No ☐		
		Si ☐ No ☐		
		Si ☐ No ☐		
		Si ☐ No ☐		
		Si ☐ No ☐		
		Si ☐ No ☐		
Total Acciones				
Especificar Beneficiario Final o Controlante de la Sociedad:				
Miembros de la Junta Directiva				
Nombre Completo	No. Identificación	Es PEP'S?	Cargo en la Junta	
		Si ☐ No ☐		
		Si ☐ No ☐		
		Si ☐ No ☐		
		Si ☐ No ☐		
		Si ☐ No ☐		
		Si ☐ No ☐		
		Si ☐ No ☐		
		Si ☐ No ☐		

NOTA: Si la información es mayor a las líneas disponibles para describir, favor adjuntar la información en documento aparte. Establecer la estructura de acciones "**Al Portador**", cuando aplique.

3. Referencias Bancarias, Comerciales y Principales Proveedores

Referencias Bancarias / Comerciales	Proveedores de servicios de la empresa

4. Seguros con otra Aseguradora

Ramo	Nombre del Compañía de Seguros

4. Especificación del Riesgo

I. Clasificación del grupo a asegurar según el área o puesto que desempeñan:

Categoría	No. de empleados Contrato Permanente	No. de Empleados Contrato Temporal	Total
1 Directivos, Gerentes y Jefes			
2 Personal Administrativo			
3 Personal de Limpieza			
3 Personal de Ventas			
4 Personal de Planta (Operarios)			
5 Personal de Mantenimiento			
6 Motoristas			
7 Guardias de Seguridad			
Total Grupo Asegurado			

II. Clasificación Categorías y Sumas Asegurada

Tipos de Sumas Asegurada: ☐ Informada ☐ Por múltiplos de salario: ☐ 12 ☐ 24 ☐ 36 ☐ Otros: _____

Descripción del Cálculo S.A.

6. Descripción de Coberturas y Suma Asegurada

Moneda: ☐ Lempiras ☐ Dólares	
Descripción	Suma Asegurada
1. Muerte por cualquier causa (Cobertura Básica)	
Beneficios adicionales a la Cobertura Básica (Muerte por cualquier causa)	Porcentaje
Anticipo de Suma Asegurada para Gastos Funerarios	☐ Amparado ☐ Excluido
Anticipo de Suma Asegurada por Enfermedad Terminal	☐ Amparado ☐ Excluido
Anticipo de Suma Asegurada para Gastos de Repatriación de Restos Mortales	☐ Amparado ☐ Excluido
Coberturas que pueden contratarse mediante convenio expreso y Pago de Prima Adicional:	Amparado/Excluido
2. Muerte Accidental, Desmembramiento y Pérdida de la Vista Accidental	☐ Amparado ☐ Excluido
3. Muerte Accidental Calificada	☐ Amparado ☐ Excluido
4. Pago Anticipado de Capital Asegurado por Incapacidad Total y Permanente por Enfermedad o Accidente	☐ Amparado ☐ Excluido
5. Pago Adicional por Incapacidad Total y Permanente por Enfermedad o Accidente	☐ Amparado ☐ Excluido
6. Exoneración de Pago de Primas por Incapacidad Total y Permanente	☐ Amparado ☐ Excluido
7. Gastos Fúnebres	☐ Amparado ☐ Excluido
8. Reembolso de Gastos Médicos por Accidente	☐ Amparado ☐ Excluido
9. Desempleo o Incapacidad Temporal	☐ Amparado ☐ Excluido
10. Asistencia Funeraria	☐ Amparado ☐ Excluido
11. Asistencia de Repatriación de Restos Mortales	☐ Amparado ☐ Excluido
12. Asistencia Salud	☐ Amparado ☐ Excluido

7. Detalle de prima del seguro y convenio de pagos

Descripción	Monto de Prima	Convenio de pagos
Sub-total		No. De pagos _____ Frecuencia de Pago _____
Descuentos		
Recargos		Primer pago de _____ y Pagos de _____
Sub-total prima		
Impuesto Sobre Ventas		No obstante el convenio de pagos especiales arriba indicado, la Compañía se reserva el derecho de exigir al Asegurado el pago total del saldo pendiente al ocurrir un siniestro total o parcial, amparado conforme las Condiciones Generales de la Póliza.
Gastos de Emisión		
Prima total		

7. 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.

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 Compañía 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, 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 INFORMACION QUE HE SUMINISTRADO ES EXACTA EN TODAS SUS PARTES, Y FIRMO LA PRESENTE SOLICITUD.

EN CASO DE CONTRATACIÓN ELECTRONICA MI CONFIRMACIÓN POR CORREO O WHATSAPP SEGUN DECLARADOS EN ESTA SOLICITUD ES VALIDO PARA EMITIR LA PÓLIZA POR SEGUROS LAFISE Y REEMPLAZA LA FIRMA MANUSCRITA EN ESTA SOLICITUD

_____	_____	_____	
Lugar	Fecha	Firma del Solicitante / Asegurado	
_____	_____	_____	_____
Nombre del Intermediario	No. Licencia	% De Comisión	Oficina y/o Sucursal
_____	_____	_____	
Nombre del Ejecutivo	Sub Agente	Mercado	

EL SEGURO ENTRARÁ EN VIGOR AL SER EMITIDA ESTA SOLICITUD POR SEGUROS LAFISE HONDURAS, S.A.