

## SEGURO DE VIDA COLECTIVO

### SOLICITUD DE SEGURO (ASEGURADO)

1. Datos Personales del Asegurado									
<b>IMPORTANTE:</b> 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 por el solicitante, con claridad y precisión, en forma legible, sin tachones ni enmendaduras, con un solo tipo de letra y tinta.									
Apellidos					Nombres				
Fecha Nacimiento			Edad		Lugar de Nacimiento				
Día			Mes		Año				
Sexo:		Estado Civil:							
<input type="checkbox"/> Femenino		<input type="checkbox"/> Soltero (a)		<input type="checkbox"/> Casado (a)		<input type="checkbox"/> Divorciado (a)		<input type="checkbox"/> Viudo (a)	
<input type="checkbox"/> Masculino		Nombre Completo Cónyuge				No. de Identificación			
No. Identificación			DNI		No. R.T.N.		Nacionalidad 1		Nacionalidad 2
			Pasaporte						
			Residencia						
Ocupación					Profesión				
¿Se ha desempeñado como funcionario público en un puesto con poder de decisión o con acceso a recursos públicos?					¿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:				
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
Ocupación PEP'S					Nombre				
Nombre Institución					Identificación				
Dirección Completa de Domicilio de Asegurado									
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:							Cargo o Posición		
<input type="checkbox"/> Negocios Locales <input type="checkbox"/> Negocios Multinacionales <input type="checkbox"/> Negocios Regionales									
Dirección completa de Trabajo del asegurado (incluyendo Zona, No. Casa, Bloque, Ave, Calle, Municipio, Departamento y País):									
Teléfono de la Empresa		Correo Electrónico Trabajo			Nivel aproximado de Ingresos según el salario mínimo mensual vigente (SMMV):				
					<input type="checkbox"/> De 0-3 <input 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				
Especificar detalladamente la fuente de Ingresos y/o origen de los recursos:									
Realiza usted actividades y/o Profesiones Financieras no Designadas (APNFD)? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> Domicilio <input type="checkbox"/> Dirección de Trabajo <input type="checkbox"/> Correo Electrónico <input type="checkbox"/> WhatsApp									
Depende económicamente de otra persona? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No									
Nombre Completo		Identificación no.			Parentesco				
Esta actuando en nombre de un tercero? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No									
Nombre Completo		Identificación no.			Parentesco				
2. Seguros con otra Aseguradora									
Ramo					Nombre del Compañía de Seguros				
2. Descripción de Coberturas y Límites de Sumas Aseguradas,									
								Moneda: <input type="checkbox"/> Lempiras <input type="checkbox"/> Dólares	
Descripción								Suma Asegurada	
1. Muerte por cualquier causa (Cobertura Básica)									
Beneficios adicionales a la Cobertura Básica (Muerte por cualquier causa)						Porcentaje		Amparado/Excluido	
Anticipo de Suma Asegurada para Gastos Funerarios								<input type="checkbox"/> Amparada <input type="checkbox"/> Excluida	
Anticipo de Suma Asegurada por Enfermedad Terminal								<input type="checkbox"/> Amparada <input type="checkbox"/> Excluida	
Anticipo de Suma Asegurada para Gastos de Repatriación de Restos Mortales								<input type="checkbox"/> Amparada <input type="checkbox"/> Excluida	
Coberturas que pueden contratarse mediante convenio expreso y Pago de Prima Adicional								Amparado/Excluido	
2. Muerte Accidental, Desmembramiento y Pérdida de la Vista Accidental								<input type="checkbox"/> Amparada <input type="checkbox"/> Excluida	
3. Muerte Accidental Calificada								<input type="checkbox"/> Amparada <input type="checkbox"/> Excluida	
4. Pago Anticipado de Capital Asegurado por Incapacidad Total y Permanente								<input type="checkbox"/> Amparada <input type="checkbox"/> Excluida	
5. Pago Adicional por Incapacidad Total y Permanente por Enfermedad o Accidente								<input type="checkbox"/> Amparada <input type="checkbox"/> Excluida	
6. Exoneración de Pago de Primas por Incapacidad Total y Permanente								<input type="checkbox"/> Amparada <input type="checkbox"/> Excluida	
7. Gastos Fúnebres								<input type="checkbox"/> Amparada <input type="checkbox"/> Excluida	
8. Reembolso de Gastos Médicos por Accidente								<input type="checkbox"/> Amparada <input type="checkbox"/> Excluida	
9. Desempleo o Incapacidad Temporal								<input type="checkbox"/> Amparada <input type="checkbox"/> Excluida	
10 Asistencia Funeraria								<input type="checkbox"/> Amparada <input type="checkbox"/> Excluida	
11 Asistencia de Repatriación de Restos Mortales								<input type="checkbox"/> Amparada <input type="checkbox"/> Excluida	
12 Asistencia Salud								<input type="checkbox"/> Amparada <input type="checkbox"/> Excluida	

