

**SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL  
CON ASISTENCIA DE REPATRIACIÓN "MI TIERRA CATRACHA"**

*Todos los campos deben estar debidamente completados, en caso que no apliquen deben ser llenados con: N/A*

1. Datos Generales del Asegurado					
Nombres			Apellidos		
Fecha Nacimiento:		Edad	Lugar de Nacimiento		
Día      Mes      Año					
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) <input type="checkbox"/> Unión Libre		
Nombre Completo del Cónyuge		Identificación No.			
Identificación No.	D.N.I. 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?			¿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 Residencia / Domicilio (incluyendo Zona, Calle, Avenida, Bloque y No. De Casa según aplique)					
			Municipio / Ciudad	Departamento	País
Datos de Contacto Directo con el (la) Solicitante del Seguro					
Tel. Casa	Celular	Correo Personal	Autorizo a LAFISE a enviar información por:		
			<input type="checkbox"/> Correo Electrónico <input type="checkbox"/> WhatsApp		
Medio Preferido de Contacto <input type="checkbox"/> Domicilio <input type="checkbox"/> Dirección de Trabajo <input type="checkbox"/> Correo Electrónico <input type="checkbox"/> WhatsApp					
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 la empresa donde labora (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.					
* 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 _____					
* En caso de brindar una respuesta afirmativa, la compañía se reserva el derecho de solicitar mas información.					





**SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL  
CON ASISTENCIA DE REPATRIACIÓN “MI TIERRA CATRACHA”**

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