

SOLICITUD DE SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES PERSONALES

CONTRATANTE

Tipo de Persona: Natural Jurídica Comerciante Individual

Para Uso Exclusivo de la Compañía

Tipo Relación/Rol: Contratante Afianzado Asegurado Acreedor Reasegurador Intermediario
 Beneficiario Apoderado Proveedor Corredor de Reaseguro Otro

ID Cliente Categoría Riesgo Cliente: Nuevo Existente
 ID Acreedor Categoría Riesgo Cliente: Nuevo Existente
 No. Trámite No. Oferta No. Póliza

1. Datos Personales del Asegurado o del Representante Legal

Apellidos Nombres
 Fecha Nacimiento Edad Lugar de Nacimiento
Sexo: Femenino Masculino **Estado Civil:** Soltero (a) Casado (a) Divorciado (a) Viudo (a)
 No. Identificación No. R.T.N.
 Tipo Identificación: Cédula Pasaporte Residencia No. Seguro Social
 Ocupación 1ra. Nacionalidad
 Profesión 2da. Nacionalidad

¿Se ha desempeñado como funcionario público en un puesto con poder de decisión o con acceso a recursos públicos? Si No
 Ocupación PEP'S Nombre Institución

¿Algún pariente suyo se ha desempeñado como funcionario público en un puesto con poder de decisión o con acceso a recursos públicos? Si No
 Si su repuesta es si: Nombre Identificación

Dirección de Domicilio

Barrio / Colonia Avenida Calle
 Bloque No. Casa / Edificio No. Municipio
 Departamento País

Otras referencias de la dirección

Contacto Directo con el (la) Solicitante del Seguro

Tel. Casa Correo Personal
 Celular Forma de Contacto: Tel. Casa Celular Correo electrónico
 Autoriza a Seguros LAFISE a enviar información a mi correo electrónico? Si No

Datos del Cónyuge

Apellidos Nombres
 Teléfono Casa No. Identificación
 Celular Correo Electrónico
 Ocupación Actual Profesión
 ¿Trabaja? Si No
 Lugar de Trabajo Teléfono
 Dirección de Trabajo

Datos laborales (Actividad Económica)

Nombre Empresa
 Tipo de Actividad Explicar
 Ámbito de Negocio Origen de Fondos
 Cargo o Posición Fecha Ingreso

Dirección del Trabajo de asegurado o Representante Legal

Barrio/Colonia Avenida Calle
 Bloque No. Casa/Edificio No. Municipio
 Departamento País
 Tel. Empresa Correo Electrónico Trabajo

Tipo Contratación: Permanente Temporal **Moneda de ingresos:** Lempiras Dólares Euros

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

Actividad: Ama de Casa Asalariado Comercian Individual Pensionado Negocio Propio
 Estudiante Jubilado Renta de Bienes Socio Otra

Origen de Fondos: Ahorro Empresa Honorarios Legales Pensión Salario
 Dependientes Herencia Negocio Propio Jubilación Renta de Bienes
 Socio Otros:

Datos de la persona de quién depende económicamente

Apellidos Nombres

No. Identificación Tipo de Dependencia Tutor Representante Legal

Tipo Identificación: Cédula Pasparte Residencia Origen de Ingresos

Actividad Económica Ocupación

2. Datos Generales de Persona Jurídica

Denominación Social

Nombre Comercial

Registro Mercantil Matricula No. Inscripción con Presentación No.

No. Identificación Tipo de identificación: R.T.N. Otra

Fecha de Constitución Lugar de Constitución

País Origen Países en que opera

- Actividad:** Agrícola Civil Comercial Construcción Religiosa Entidad Pública
 Industrial Servicios Servicios Financieros Turismo Transporte Otra

Explicar Actividad /Giro del Negocio

Tipo de Empresa: Publica Privada Otra

Localidad Económica: Local Nacional Centro Americana Internacional

Ámbito de Negocio: Negocios Locales Negocios Regionales Negocios Multinacionales

¿Pertenece a un Grupo Económico o financiero? Si No Nombre del Grupo

Total Activos Ingresos Anuales

Moneda de Ingreso: Lempiras Dólares Euros

Dirección de la Empresa

Barrio/Colonia Avenida Calle

Bloque No. Edificio No. Municipio

Departamento País

Otras referencias

Dirección de Cobro de la Empresa

Barrio/Colonia Avenida Calle

Bloque No. Casa/Edificio No. Municipio

Departamento País

Otras referencias

Contacto

Tel. Empresa 1 Correo Electrónico

Tel. Empresa 2 Página Web

Fax Nombre del contacto

Composición Accionaria:

Nombre del Accionista	No. Identificación	Es PEP'S?	% de Acciones	Monto Acciones
		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
			Total Acciones	

Especificar Beneficiario Final o Controlante de la Sociedad

Miembros de la Junta Directiva

Nombre Completo	No. Identificación	Cargo en la Junta

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 o Comerciales		
Nombre de la Institución	Teléfono	Tiempo de la Relación Comercial

4. Referencia de los Principales Proveedores		
Nombre del Proveedor	Nombre del Proveedor	Tiempo de la Relación Comercial

5. Seguros con otra compañía	
Ramo	Nombre de Compañía de Seguros

6. Especificación del Riesgo	
Número de Asegurados:	

7. 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	
2 Incapacidad Permanente	<input type="checkbox"/> Amparada <input type="checkbox"/> Excluida
3 Incapacidad Temporal	<input type="checkbox"/> Amparada <input type="checkbox"/> Excluida
4 Reembolso de Gastos Médicos por Accidente	

8. Detalle de prima del seguro y convenio de pagos		
Descripción	Monto de Prima	Convenio de pagos
Prima Neta		No. Pagos: _____ Frecuencia de Pagos: _____
Descuentos		
Recargos		Primer pago de L. _____ y pagos de L. _____
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		

9. Beneficiarios de la Póliza			
Nombre del Beneficiario	No. Identificación	Parentesco	Porcentaje
1)			
2)			
3)			
4)			
5)			
Total Designado			

10. Vigencia del Seguro	
Desde: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> a las 12:00 del mediodía	Hasta: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> a las 12:00 del mediodía
Día Mes Año	Día Mes Año

Agravación del Riesgo: El Asegurado deberá comunicar a La Compañía 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 Compañía 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 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 Compañía 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 Del Representante Legal: _____

Nombre del Intermediario: _____ **% De Comisión:** _____

No. Registro CNBS: _____ **Firma del Intermediario:** _____

Nombre del Sub Agente: _____ **Nombre del Promotor:** _____

Mercado: _____

Revisado por: _____ **Fecha de Revisión:** _____

Aprobado por: _____ **Fecha de Aprobación:** _____

Observaciones: _____
