

## SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA COLECTIVO

SOLICITANTE

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

**IMPORTANTE:** 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 de puño y letra del 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   
**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   
**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

Teléfono  Celular 1  Celular 2   
**Actividad económica:**  Ama de Casa  Asalariado  Comerciante Individual  Pensionado  Negocio Propio  
 Estudiante  Jubilado  Renta de Bienes  Socio  Otra

### 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

### Lugar de Trabajo

Nombre Empresa   
 Dirección de Trabajo   
 Cargo o Posición  Fecha Ingreso

### 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

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

### 2. Descripción de Coberturas, Límites de Sumas Aseguradas, Primas, Deducibles y Coaseguros

**Moneda:**  Lempiras  Dólares

Descripción	Suma Asegurada	Amparado	Excluido
1. Muerte por cualquier causa (Cobertura Básica)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Beneficios adicionales a la Cobertura Básica (Muerte por cualquier causa)</b>			
- Anticipo de Suma Asegurada para Gastos Fúnebres		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Anticipo de Sema Asegurada por Enfermedad Terminal		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Anticipo de Suma Asegurada para Gastos de Repatriación de Restos Mortales		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Coberturas que pueden contratarse mediante convenio expreso y Pago de Prima Adicional:</b>			
2. Muerte Accidental, Desmembramiento y Pérdida de la Vista Accidental		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Muerte Accidental Calificada		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Pago Anticipado de Suma Asegurada por Incapacidad Total y Permanente por Accidente o Enfermedad		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Pago Adicional por Incapacidad Total y Permanente en caso de Incapacidad Total y Permanente		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Exoneración de Pago de Primas por Incapacidad Total y Permanente		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Gastos Fúnebres		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 3. Beneficiarios de la Póliza

No.	Nombre del Beneficiario	No. Identificación	Parentesco	Porcentaje
1)				
2)				
3)				
4)				
5)				
<b>Total Designado</b>				

**4. Vigencia del Seguro**

Desde:  Día  Mes  Año a las 12:00 del mediodía

Hasta:  Día  Mes  Año a las 12:00 del mediodía

**5. Cuestionario de Salud para el Solicitante**

Marque su respuesta y especifique	SI	NO	Resultado
1. Estatura en metros _____, peso en libras _____. ¿Ha variado su peso en los últimos doce (12) meses?			¿Causas?
2. ¿Ha sido tratado por algún médico en los últimos tres (3) años?			¿Causas? ¿Fechas? ¿Resultado? ¿Médico?
3. ¿Consume o a consumido bebidas alcohólicas o drogas?			¿Cuáles? ¿Frecuencia? ¿Cantidad?
4. ¿ Le ha sido diagnosticado por un médico el alcoholismo o adicción a drogas?			¿Nombre del Médico? ¿Fecha?
5. ¿Fuma?			¿Desde cuándo? ¿Unidades de cigarrillo que fuma al día? ¿Fuma puro o Pipa?
6. ¿Ha sido operado o tiene alguna operación programada?			¿Causas? ¿Fecha? ¿Resultados? ¿Hospital? ¿Médico?
7. ¿Ha padecido o le han diagnosticado: enfermedades del corazón, cáncer, tuberculosis, epilepsia, sida, enfermedades renales, del aparato digestivo u otra enfermedad no especificada aquí?			¿Cuál? ¿Condición actual? ¿Médico tratante?
8. ¿Tiene algún impedimento físico, algún grado de incapacidad o invalidez total y permanente?			¿Tipo? ¿Causa del Impedimento?
9. ¿Por algún motivo usted está expuesto a explosivos, armas, de fuego, material biológico de riesgo, sustancias químicas peligrosas o radiaciones?			Explique
10. ¿Ha habido en su familia enfermos del corazón, hipertensión, asma, cáncer, diabetes, u otras enfermedades hereditarias?			¿Cuáles? ¿Quiénes?
11. ¿Le han rechazado, cancelado o aceptado bajo ciertas condiciones algún seguro de vida?			Explique
12. ¿Practica algún deporte?			¿Qué deportes? ¿Frecuencia?
13. ¿Practica alguna actividad de alto riesgo como, motociclismo,automovilismo, buceo, tauromaquia, piloto de avion, etc.?			¿Cuáles? ¿Frecuencia?
14. Si el solicitante es mujer, ¿Ha padecido o le han diagnosticado enfermedades de ovarios, matriz o mamas?			¿Condición actual? ¿Médico tratante?
15. Si el solicitante es mujer, ¿Está embarazada?			Meses de emabarazo: _____
16. Si el solicitante es mujer, ¿Ha estado embarazada?			Resultados: _____ Número de embarazos: _____ Número de Cesareas: _____ Número de abortos: _____
17. Nombre, dirección y teléfono del (los) médico (s) que acostumbra consultar			

**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 Representante Legal: \_\_\_\_\_