

## SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES INDIVIDUAL

### 1. DATOS DEL ASEGURADO

Nombre Completo del Asegurado				
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Apellido Casada
Tipo Identificación Tarjeta Identidad <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Carnet Residente <input type="checkbox"/>			Número de Identificación	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Nacionalidad		Lugar de Nacimiento		
Fecha Nacimiento Día _____ Mes _____ Año _____		Edad	Estado Civil Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/>	
Ocupación u Oficio Actual		Profesión		
Si tiene otras ocupaciones sírvase nombrarlas				
Clase Lugar Trabajo Oficina <input type="checkbox"/> Exterior <input type="checkbox"/> Comercio <input type="checkbox"/> Viajando <input type="checkbox"/> Fábrica <input type="checkbox"/> Otro _____		Tipo Actividad Empresarial <input type="checkbox"/> Administrativa <input type="checkbox"/> Operativa <input type="checkbox"/>		Ingreso Mensual  No. IHSS
Negocio o Lugar de Trabajo			Cargo/Posición que Desempeña	
Giro o Actividad Económica del Negocio o Lugar de Trabajo				Tiempo Laborar en la Empresa
Nombre Completo del Cónyuge				
Especificar detalladamente la fuente de sus ingresos				
¿Mantiene Pólizas Suscritas con Esta u Otra(s) Aseguradora(s)? (especificar compañía aseguradora, tipo seguro, suma asegurada)				
<b>DIRECCION DEL TRABAJO</b> .....				
Barrio/Colonia/Calle/Avenida		Bloque y No.Casa	Ciudad o Municipio	
Departamento		Teléfonos Oficina		Fax
Correo Electrónico		Sitio Web		
<b>DIRECCION DE DOMICILIO</b> <span style="float: right;">Los cobros se realizarán en: Domicilio: <input type="checkbox"/> Oficina: <input type="checkbox"/></span>				
Barrio o Colonia		Calle o Avenida		Bloque y No.Casa
Ciudad o Municipio		Departamento		Teléfono
Otras Referencias del Domicilio				Apdo.Postal
Fax	Correo Electrónico		Sitio Web	

Este producto fue autorizado y registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros mediante Resolución SS No.778/07-06-2010 y modificado mediante Resolución 1118/06-08-2010.

## 2. DATOS DEL SEGURO SOLICITADO

Vigencia	Desde: ____/____/____ a las 12:00m	Hasta: ____/____/____ a las 12:00m
Suma Asegurada Solicitada	% Gastos Médicos 10% <input type="checkbox"/> 20% <input type="checkbox"/>	Forma de Pago Anual <input type="checkbox"/> Mensual* <input type="checkbox"/>

\*Sólo con débito automático, con tarjeta de crédito, cuenta de ahorro o cuenta cheque

## 3. ESPECIFICACIONES DE RIESGOS

COBERTURA	Amparado/Excluido
1. Muerte Accidental	
2. Incapacidad Permanente	
3. Reembolso de Gastos Médicos por Accidente	

## 4. DECLARACION DE BENEFICIARIOS

Beneficiarios (anotar nombre(s) completo(s) en letra de molde)					
No.	Nombre Completo	Identidad No.	Dirección	Parentesco	Porcentaje

**Importante:** Si hay beneficiarios menores de edad, favor indicarnos quién será su Representante Legal. En caso de que el espacio no fuese suficiente, favor adjuntar carta detallando, para cada beneficiario, los mismos datos indicados en el cuadro Declaración de Beneficiarios.

## 5. CUESTIONARIO DE SALUD

Cuestionario de Salud			
<p>Nota: Ante cualquier respuesta afirmativa, dar detalles sobre fechas, cuadro clínico, médico que le atendió, dirección de la clínica, pruebas de laboratorio realizados, tipo de tratamiento dado y cualquier otro detalle adicional</p>			
Indique su peso en libras: _____		Indique su estatura en metros: _____	
Marque su respuesta y especifique	Sí	No	Detalle
1. ¿Se encuentra actualmente gozando de buena salud?			
2. ¿Ha padecido alguna enfermedad o sufrido algún tipo de accidente en los últimos cinco (5) años?			
3. ¿Durante los últimos tres (3) años ha consultado algún médico para ser examinado o intervenido quirúrgicamente?			
4. ¿Ha estado en tratamiento o le han indicado que padece enfermedades cardiovasculares, pulmonares, cancerosas, mentales o nerviosas, de hipertensión arterial, de riñón, vértigo, sífilis, tuberculosis, reumatismo, diabetes, albúmina, gota, úlcera, tumor, hernia, hemofilia, leucemia y lupus eritematoso, desórdenes del aparato digestivo y circulatorio?			
5. ¿Padece de alguno de estos síntomas sin explicación: fatiga, pérdida de peso, diarrea, ganglios linfáticos inflamados o extrañas lesiones de la piel? ¿Le ha sido tratado o diagnosticado alguna enfermedad relacionada con el alcohol, SIDA, complejo relacionado al SIDA (ARC) o condiciones relacionadas al SIDA?			

6. ¿Maneja o viaja en motocicleta, maneja o viaja en avión o helicóptero privado		
7. ¿Padece alguna limitación física o alguna deformidad?		
8. ¿Alguna vez ha solicitado seguro de vida, de accidentes o de salud, o rehabilitación que haya sido declinada, propuesta, recargada o modificada de alguna forma?		
9. ¿Tiene usted otro(s) seguro(s) de vida y/o accidentes personales y/o de salud?		

**6. AUTORIZACION DE DEBITO AUTOMATICO**

 ¿Autoriza Débito Automático? Sí  No 

Tipo de Tarjeta/Cuenta para Débito Automático	Número de Tarjeta/Cuenta para Débito Automático
Tarjeta Débito <input type="checkbox"/> Tarjeta Crédito <input type="checkbox"/> Cuenta Ahorro <input type="checkbox"/> Cuenta Cheque <input type="checkbox"/>	

Autorizo debitar de mi tarjeta/cuenta el costo de la prima de seguro según la forma de pago seleccionada, dentro del rango de edades correspondiente. Una vez que sobrepase el límite superior de cada rango de edades, la prima de la forma de pago seleccionada se incrementará automáticamente de acuerdo a la edad cumplida.

Nota: En caso de reposición o cambio de mi tarjeta, autorizo se hagan los cargos a mi nueva tarjeta.

Entiendo que Seguros Lafise Honduras cargará a mi tarjeta/cuenta el valor de mis primas hasta que notifique por escrito, a Seguros Lafise Honduras, la cancelación de esta autorización.

Esta aplicación se considera como una solicitud de seguro y, por lo tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por Seguros Lafise Honduras, S.A., ni que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud. Asimismo, por este medio autorizo y faculto a Seguros Lafise Honduras, S.A., para que en cualquier tiempo pueda obtener información de todo médico, hospital, clínica privada o pública, Instituto Hondureño de Seguridad Social, laboratorios médicos u otra fuente, incluyendo la Central de Riesgos de la Comisión Nacional de Bancos y Seguros, cualquier información que juzgue necesaria y estoy de acuerdo que la misma permanezca como propia de Seguros Lafise Honduras, S.A., ya sea que se otorgue el seguro o no. Una fotocopia de esta autorización es tan válida como la original. Declaro que las respuestas arriba mencionadas son claras y completas hasta donde llegan mis conocimientos y cualquier declaración falsa o inexacta será causa de invalidación de esta solicitud y del contrato de seguro.

Dado en la Ciudad de _____ el día _____ del mes de _____ del año _____		
Firma del Asegurado		Firma y Sello del Contratante
Nombre del Intermediario	Firma del Intermediario	Número Intermediario
USO INTERNO ->	Aprobó:	Fecha Aprobación:

Este producto fue autorizado y registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros mediante Resolución SS No.778/07-06-2010 y modificado mediante Resolución 1118/06-08-2010.