

SOLICITUD DE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

ADULTO MAYOR

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: Las respuestas a declarar en el siguiente formulario deben ser claras y completas, cualquier omisión, declaración falsa o inexacta será causa de invalidación de la Indemnización que se derive de tales declaraciones en esta póliza.

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 respuesta 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

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:

2. Seguros con otra compañía

a) Mantiene pólizas suscritas con ésta u otra(s) aseguradora(s)? Favor especifique

Ramo	Nombre de Compañía de Seguros

b) Alguna vez le han negado o cancelado un seguro de Accidentes Personales o prórroga del mismo Si No

Indique la compañía que se lo negó

c) ¿Qué deportes practica y con qué frecuencia?

d) ¿A cuánto ascienden sus ingresos mensuales?

L. 5,000.00 a L. 10,000.00 L. 10,000.01 a L. 15,000.00 L. 15,000.01 a L. 20,000.00 Mayor a L. 20,000.00

e) ¿Tiene o está tramitando otro seguro de Accidentes Personales con otra Compañía en este momento? Si No

Indique con cuál Compañía y por cuál monto

f) ¿Fuma o ingiere bebidas alcohólicas?

Fuma Si No

Ingiere bebidas alcohólicas Si No

¿Cuántos cigarrillos fuma al día?

¿Con qué frecuencia?

3. Descripción de Coberturas

Moneda: Lempiras Dólares

COBERTURAS	Amparada		SUMA SEGURADA
	SI	NO	
1. Muerte Accidental			
2. Indemnización por fracturas (50% de la cobertura de Muerte Accidental)			
3. Indemnización por quemaduras del segundo y tercer grado (20% de la cobertura de Muerte Accidental)			

Frecuencia de Pago Contado Semestral Trimestral Mensual

Medio de Pago Efectivo Tarjeta de crédito o débito Débito automático **Número de pagos**

*Débito automático, solo con tarjeta de crédito, débito, cuenta de ahorros o cuenta de cheques.

AUTORIZACIÓN DE DÉBITO AUTOMÁTICO Si No

Tipo de tarjeta/cuenta para débito automático Tarjeta Débito Tarjeta Crédito Cuenta de Ahorro Cuenta de Cheque

Número de Tarjeta y/o Cuenta para Débito Automático

Valor a Debitar automáticamente

Autorizo debitar de mi tarjeta/cuenta el costo de la prima de seguro según la forma de pago seleccionada, dentro del rango de edades correspondientes. 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.

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.

4. Detalle de prima del seguro y convenio de pagos

Descripción	Monto de Prima	Convenio de pagos
Total Suma Asegurada		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.
Prima Neta		
Gastos de Emisión		
Prima Total		

5. Beneficiarios de la Póliza en caso de muerte accidental

Beneficiario Contingencial	No. Identificación	Parentesco	Porcentaje
1)			
2)			
3)			
4)			
5)			
Total Designado			

Importante: Cualquier indemnización que corresponda a un menor de edad, se entregará a:

Nombre completo del tutor:

Número de Identidad

6. Vigencia del Seguro:

Desde: a las 12:00 del mediodía

Hasta: a las 12:00 del mediodía

7. Especificación del Riesgo

I. Cuestionario de Accidentes Personales

Nota: Ante cualquier respuesta afirmativa, dar detalles sobre fechas, cuadro clínico, médico que le atendió, dirección de la clínica, pruebas de laboratorio realizadas, tipo de tratamiento dado y cualquier otro detalle adicional			
Indique su peso en libras: _____		Indique su estatura en metros: _____	
Marque su respuesta y especifique	SI	NO	Resultado
1. ¿Ha sido tratado a causa de las siguientes enfermedades en los últimos tres años?			Apoplejía <input type="checkbox"/> Parkinson <input type="checkbox"/> Hipoglucemia o hiperglicemia <input type="checkbox"/> Trastornos circulatorios en caso de diabetes mellitus tratada con insulina <input type="checkbox"/> Osteoporosis o descalcificación de los huesos <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/>
2. ¿Tiene alguna de las siguientes enfermedades o limitaciones físicas?			Artrosis con limitación de la funcionalidad de una o más articulaciones <input type="checkbox"/> Cadera <input type="checkbox"/> Rodilla <input type="checkbox"/> Depresión con consumo de fármacos <input type="checkbox"/> Amputación de una o más extremidades <input type="checkbox"/> Articulaciones del tobillo <input type="checkbox"/> Paraplejía <input type="checkbox"/>
3. ¿Tiene que ir usted regularmente al médico para controlar la coagulación de la sangre?			Detalle su respuesta: _____
4. ¿Ha sido tratado, sea en forma ambulatoria u hospitalaria, más de 2 veces en los últimos 2 años por fracturas o conmociones cerebrales causadas por accidentes o caídas?			Detalle su respuesta: _____
5. ¿Necesita usted de silla de ruedas, bastón, muletas o existe alguna limitación de la capacidad para caminar?			Detalle su respuesta: _____
6. ¿Recibe prestaciones, beneficios, pensión por incapacidad, invalidez de alguna institución de Seguridad Social, Compañía de Seguros, Administradora de Fondo de Pensiones o de otra entidad financiera?			Detalle su respuesta: _____
7. ¿Ha sido tratado, sea en forma ambulatoria u hospitalaria por quemaduras?			Detalle su respuesta: _____

OBSERVACIONES ADICIONALES: _____

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: _____