SOLICITUD DE SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES PERSONALES

ASEGURADO

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 ☐ Comercian 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. Seguros con otra compañía

Ramo	Nombre de Compañía de Seguros

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

Moneda: ☐ Lempiras ☐ Dólares

	Descripción	SUMA ASEGURADA	
1	Muerte Accidental		
2	Incapacidad Permanente	☐ Amparada	☐ Excluida
3	Incapacidad Temporal	☐ Amparada	☐ Excluida
4	Reembolso de Gastos Médicos por Accidente		

4. Declaración de Beneficiarios

Escribir nombre completo y con letra molde.

No.	Nombre completo	No. Identidad	Dirección	Parentesco	Porcentaje

5. Especificación del Riesgo

I. Cuestionario de Salud para el Solicitante

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.

Marque su respuesta y especifique	SI	NO	Resultado
Indique su peso en libras: _____			Indique su estatura en metros: _____
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 cosnultado 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, pospuesta, recargada, o modificada de alguna forma?			
9. ¿Tiene usted otro(s) seguro(s) de vida y/o accidentes personales y/o de salud?			

6. Vigencia del Seguro:

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

Hasta: | | | | a las 12:00 del mediodía — 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:

1. Tanto mi actividad, profesión u oficio es licita 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.
2. La información que he suministrado en esta solicitud es veraz y verificable y me obligo a actualizarla anualmente.
3. 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 articulo 1141 del Código de Comercio, sin que esto implique responsabilidad alguna de la Compañía Aseguradora frente al asegurado.
4. 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: _____