

# 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 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 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  Comerciante 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:



**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:**  Individual  Colectiva **Moneda:**  Lempiras  Dólares  
**Forma de pago:**  Anual  Semestral  Trimestral  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	
<b>Prima Neta</b>		No. Pagos: _____	Frecuencia de Pagos: _____
Descuentos			
Recargos			
<b>Sub-total prima</b>		Primer pago de L. _____	y pagos de L. _____
Impuesto Sobre Ventas		<b>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.</b>	
Gastos de Emisión			
<b>Prima Total</b>			

**9. Beneficiarios de la Póliza**

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

**10. Vigencia del Seguro**

Desde:    a las 12:00 del mediodía      Hasta:    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 omite 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 artículo 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 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:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_