SOLICITUD DE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES INDIVIDUAL

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 repuesta 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 ☐ 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:

Datos de la persona de quién depende económicamente

Apellidos | Nombres

No. Identificación | Tipo de Dependencia ☐ Tutor ☐ Representante Legal

Tipo Identificación: ☐ Cédula ☐ Pasparte ☐ Residencia | Origen de Ingresos

Actividad Económica | Ocupación

2. Datos Generales de Persona Jurídica

Denominación Social

Nombre Comercial

Registro Mercantil | Matricula No. | Inscripción con Presentación No.

No. Identificación | Tipo de identificación: ☐ R.T.N. ☐ Otra

Fecha de Constitución | Lugar de Constitución

País Origen | Países en que opera

Actividad: ☐ Agrícola ☐ Civil ☐ Comercial ☐ Construcción ☐ Religiosa ☐ Entidad Pública ☐ Industrial ☐ Servicios ☐ Servicios Financieros ☐ Turismo ☐ Transporte ☐ Otra

Explicar Actividad /Giro del Negocio

Tipo de Empresa: ☐ Publica ☐ Privada ☐ Otra

Localidad Económica: ☐ Local ☐ Nacional ☐ Centro Americana ☐ Internacional

Ámbito de Negocio: ☐ Negocios Locales ☐ Negocios Regionales ☐ Negocios Multinacionales

¿Pertenece a un Grupo Económico o financiero? ☐ Si ☐ No | Nombre del Grupo

Total Activos | Ingresos Anuales

Moneda de Ingreso: ☐ Lempiras ☐ Dólares ☐ Euros

Dirección de la Empresa

Barrio/Colonia | Avenida | Calle

Bloque No. | Edificio No. | Municipio

Departamento | País

Otras referencias

Dirección de Cobro de la Empresa

Barrio/Colonia | Avenida | Calle

Bloque No. | Casa/Edificio No. | Municipio

Departamento | País

Otras referencias

Contacto

Tel. Empresa 1 | Correo Electrónico

Tel. Empresa 2 | Página Web

Fax | Nombre del contacto

Composición Accionaria:

Nombre del Accionista	No. Identificación	Es PEP´S?	% de Acciones	Monto Acciones
		Si ☐ No ☐		
		Si ☐ No ☐		
		Si ☐ No ☐		
		Si ☐ No ☐		
		Si ☐ No ☐		
		Si ☐ No ☐		
		Si ☐ No ☐		
		Si ☐ No ☐		
		Si ☐ No ☐	**Total Acciones**	

Especificar Beneficiario Final o Controlante de la Sociedad

Miembros de la Junta Directiva

Nombre Completo	No. Identificación	Cargo en la Junta

NOTA: Si la información es mayor a las líneas disponibles para describir, favor adjuntar la información en documento aparte.
Establecer la estructura de acciones "**Al Portador",** cuando aplique.

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. Referencias Personales

Nombre del Proveedor	Nombre del Proveedor	Tiempo de la Relación Comercial

6. Seguros con otra compañía

Ramo	Nombre de Compañía de Seguros

7. 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?			

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

Moneda: ☐ Lempiras ☐ Dólares

Gastos médicos: ☐ 10% ☐ 20%

SUMA ASEGURADA

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

9. Detalle de prima del seguro y convenio de pagos

Descripción	Monto de Prima	Convenio de pagos
Prima Neta		**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.**
Descuentos		
Recargos		
Sub-total prima		
Impuesto Sobre Ventas		
Gastos de Emisión		
Prima Total		

Frecuencia de Pago ☐ Contado ☐ *Mensual

*Solo con débito automático, con tarjeta de crédito, cuenta de ahorro o cuenta de cheque.

Medio de Pago ☐ Efectivo ☐ Tarjeta de crédito o débito ☐ Débido 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.

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.

10. Beneficiarios de la Póliza

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

11. Vigencia del Seguro

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

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 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: _____