

SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA COLECTIVO

CONTRATANTE

Tipo de Persona: ☐ Natural ☐ Jurídica ☐ Comerciante Individual

Para Uso Exclusivo de la Compañía

Tipo Relación/Rol:	<input type="checkbox"/> Contratante	<input type="checkbox"/> Afianzado	<input type="checkbox"/> Asegurado	<input type="checkbox"/> Acreedor	<input type="checkbox"/> Reasegurador	<input type="checkbox"/> Intermediario
	<input type="checkbox"/> Beneficiario	<input type="checkbox"/> Apoderado	<input type="checkbox"/> Proveedor	<input type="checkbox"/> Corredor de Reaseguro	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="text"/>
ID Cliente	<input type="text"/>	Categoría Riesgo	<input type="text"/>	Cliente:	<input type="checkbox"/> Nuevo	<input type="checkbox"/> Existente
ID Acreedor	<input type="text"/>	Categoría Riesgo	<input type="text"/>	Cliente:	<input checked="" type="checkbox"/> Nuevo	<input type="checkbox"/> Existente
No. Trámite	<input type="text"/>	No. Oferta	<input type="text"/>	No. Póliza	<input type="text"/>	

1. Datos Personales del Asegurado o del Representante Legal

Apellidos	<input type="text"/>	Nombres	<input type="text"/>
Fecha Nacimiento	<input type="text"/>	Edad	<input type="text"/>
		Lugar de Nacimiento	<input type="text"/>
Sexo:	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Estado Civil:	<input type="checkbox"/> Soltero (a) <input type="checkbox"/> Casado (a) <input type="checkbox"/> Divorciado (a) <input type="checkbox"/> Viudo (a)
No. Identificación	<input type="text"/>	No. R.T.N.	<input type="text"/>
Tipo Identificación:	<input type="checkbox"/> Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Residencia	No. Seguro Social	<input type="text"/>
Ocupación	<input type="text"/>	1ra. Nacionalidad	<input type="text"/>
Profesión	<input type="text"/>	2da. Nacionalidad	<input type="text"/>
¿Se ha desempeñado como funcionario público en un puesto con poder de decisión o con acceso a recursos públicos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Ocupación PEP'S	<input type="text"/>	Nombre Institución	<input type="text"/>
¿Algún pariente suyo se ha desempeñado como funcionario público en un puesto con poder de decisión o con acceso a recursos públicos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Si su repuesta es si: Nombre	<input type="text"/>	Identificación	<input type="text"/>

Dirección de Domicilio

Barrio / Colonia	<input type="text"/>	Avenida	<input type="text"/>	Calle	<input type="text"/>
Bloque No.	<input type="text"/>	Casa / Edificio No.	<input type="text"/>	Municipio	<input type="text"/>
Departamento	<input type="text"/>	País	<input type="text"/>		
Otras referencias de la dirección <input type="text"/>					

Contacto Directo con el (la) Solicitante del Seguro

Tel. Casa	<input type="text"/>	Correo Personal	<input type="text"/>
Celular	<input type="text"/>	Forma de Contacto:	<input type="checkbox"/> Tel. Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Correo electrónico
Autoriza a Seguros LAFISE a enviar información a mi correo electrónico? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			

Datos del Cónyuge

Apellidos	<input type="text"/>	Nombres	<input type="text"/>
Teléfono Casa	<input type="text"/>	No. Identificación	<input type="text"/>
Celular	<input type="text"/>	Correo Electrónico	<input type="text"/>
Ocupación Actual	<input type="text"/>	Profesión	<input type="text"/>
¿Trabaja?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Lugar de Trabajo	<input type="text"/>	Teléfono	<input type="text"/>
Dirección de Trabajo	<input type="text"/>		

Datos laborales (Actividad Económica)

Nombre Empresa	<input type="text"/>		
Tipo de Actividad	<input type="text"/>	Explicar	<input type="text"/>
Ámbito de Negocio	<input type="text"/>	Origen de Fondos	<input type="text"/>
Cargo o Posición	<input type="text"/>	Fecha Ingreso	<input type="text"/>

Dirección del Trabajo de asegurado o Representante Legal

Barrio/Colonia	<input type="text"/>	Avenida	<input type="text"/>	Calle	<input type="text"/>
Bloque No.	<input type="text"/>	Casa/Edificio No.	<input type="text"/>	Municipio	<input type="text"/>
Departamento	<input type="text"/>	País	<input type="text"/>		
Tel. Empresa	<input type="text"/>	Correo Electrónico Trabajo	<input type="text"/>		

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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
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. Seguros con otra compañía

	Ramo	Nombre de Compañía de Seguros

6. Especificación del Riesgo

I. Clasificación del grupo a asegurar según el área o puesto que desempeñan

Categoría	No. de empleados con Contrato Permanente	No. de Empleados Contrato Temporal	Total
1. Directivos, Gerentes y Jefes			
2. Personal Administrativo			
3. Personal de Limpieza			
4. Personal de Ventas			
5. Personal de Planta (Operarios)			
6. Personal de Mantenimiento			
7. Motoristas			
8. Guardias de Seguridad			
Total Grupo Asegurado			

II. Clasificación Categorías y Sumas Aseguradas

Tipos de Suma Asegurada: ☐ Informada ☐ Por múltiplos de salario: ☐ 12 ☐ 24 ☐ 36 ☐ Otros: _____

Descripción del Cálculo S.A. _____

Categoría	Descripción de Categoría	Límite de Suma Asegurada	No. de Empleados por Categoría	Total
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
Total Grupo Asegurado				

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

Moneda: ☐ Lempiras ☐ Dólares

Descripción		Suma Asegurada	
1.	Muerte por cualquier causa (Cobertura Básica)		
Beneficios adicionales a la Cobertura Básica (Muerte por cualquier causa)		Porcentaje	Amparado/Excluido
-	Anticipo de Suma Asegurada para Gastos Fúnebres		<input type="checkbox"/> Amparada <input type="checkbox"/> Excluida
-	Anticipo de Sema Asegurada por Enfermedad Terminal		<input type="checkbox"/> Amparada <input type="checkbox"/> Excluida
-	Anticipo de Suma Asegurada para Gastos de Repatriación de Restos Mortales		<input type="checkbox"/> Amparada <input type="checkbox"/> Excluida
Coberturas que pueden contratarse mediante convenio expreso y Pago de Prima Adicional:		Amparado/Excluido	
2.	Muerte Accidental, Desmembramiento y Pérdida de la Vista Accidental	<input type="checkbox"/>	Amparada <input type="checkbox"/> Excluida
3.	Muerte Accidental Calificada	<input type="checkbox"/>	Amparada <input type="checkbox"/> Excluida
4.	Pago Anticipado de Suma Asegurada por Incapacidad Total y Permanente por Accidente o Enfermedad	<input type="checkbox"/>	Amparada <input type="checkbox"/> Excluida
5.	Pago Adicional por Incapacidad Total y Permanente en caso de Incapacidad Total y Permanente	<input type="checkbox"/>	Amparada <input type="checkbox"/> Excluida
6.	Exoneración de Pago de Primas por Incapacidad Total y Permanente	<input type="checkbox"/>	Amparada <input type="checkbox"/> Excluida
7.	Gastos Fúnebres	<input type="checkbox"/>	Amparada <input type="checkbox"/> Excluida

8. Detalle de prima del seguro y convenio de pagos

Descripción	Monto de Prima	Convenio de pagos
Prima Neta		No. Pagos:_____ Frecuencia de Pagos: _____
Descuentos		
Recargos		Primer pago de L. _____ y pagos de L. _____
Sub-total prima		
Impuesto Sobre Ventas		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.
Gastos de Emisión		
Prima Total		

9. Beneficiarios de la Póliza

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

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 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 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.

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:

Este producto fue autorizado y registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros mediante Resolución SS 509/12-04-2010 y modificado mediante Resolución SS No. 779/07-06-2010

Página No. 4