

SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA 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.

Este producto fue autorizado y registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros mediante Resolución SS No.1611/12-09-2011.

Página No. 2

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. Plan

☐ Temporal 5 años

☐ Temporal 10 años

☐ Temporal 15 años

☐ Temporal 20 años

II. Cuestionario para Seguro sin Examen Médico

Marque su respuesta y especifique	SI	NO	Resultado	
1. Estatura en metros _____, peso en libras _____. ¿Ha variado su peso en los últimos doce (12) meses?			¿Causas?	
2. ¿Ha sido tratado por algún médico en los últimos tres (3) años?			¿Causas? ¿Fechas? ¿Resultado? ¿Médico?	
3. ¿Consume o a consumido bebidas alcohólicas o drogas?			¿Cuáles? ¿Frecuencia? ¿Cantidad?	
4. ¿ Le ha sido diagnosticado por un médico el alcoholismo o adicción a drogas?			¿Nombre del Médico? ¿Fecha?	
5. ¿Fuma?			¿Desde cuándo? ¿Unidades de cigarrillo que fuma al día? ¿Fuma puro o Pipa?	
6. ¿Ha sido operado o tiene alguna operación programada?			¿Causas? ¿Fecha? ¿Resultados? ¿Hospital? ¿Médico?	
7. ¿Ha padecido o le han diagnosticado: enfermedades del corazón, cáncer, tuberculosis, epilepsia, sida, enfermedades renales, del aparato digestivo u otra enfermedad no especificada aquí?			¿Cuál? ¿Condición actual? ¿Médico tratante?	
8. ¿Tiene algún impedimento físico, algún grado de incapacidad o invalidez total y permanente?			¿Tipo? ¿Causa del Impedimento?	
9. ¿Por algún motivo usted está expuesto a explosivos, armas, de fuego, material biológico de riesgo, sustancias químicas peligrosas o radiaciones?			Explique	
10. ¿Ha habido en su familia enfermos del corazón, hipertensión, asma, cáncer, diabetes, u otras enfermedades hereditarias?			¿Cuáles? ¿Quiénes?	
11. ¿Le han rechazado, cancelado o aceptado bajo ciertas condiciones algún seguro de vida?			Explique	
12. ¿Practica algún deporte?			¿Qué deportes? ¿Frecuencia?	
13. ¿Practica alguna actividad de alto riesgo como, motociclismo,automovilismo, buceo, tauromaquia, piloto de avion, etc.?			¿Cuáles? ¿Frecuencia?	
14. Si el solicitante es mujer, ¿Ha padecido o le han diagnosticado enfermedades de ovarios, matriz o mamás?			¿Condición actual? ¿Médico tratante?	
15. Si el solicitante es mujer, ¿Está embarazada?			Meses de emabarazo: _____	
16. Si el solicitante es mujer, ¿Ha estado embarazada?			Resultados: _____ Número de embarazos: _____ Número de Cesareas: _____ Número de abortos: _____	
17. Nombre, dirección y teléfono del (los) médico (s) que acostumbra consultar				
Historia familiar	Edad	Estado de salud	Edad a su muerte	Causa de muerte
Padre				
Madre				
No. Hermanos				
No. Hijos				

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

Tipo de Póliza:

☐ Individual

☐ Colectiva

Moneda:

☐ Lempiras

☐ Dólares

SUMA ASEGURADA

Beneficios adicionales		Amparada	
		SI	NO
PIT	Pago de Suma Asegurada por Invalidez Total y Permanente		
EPIT	Exoneración de Pago de Primas por Invalidez Total y Permanente		
DI	Doble Indemnización por Muerte Accidental		

9. Informe Complementario del Agente

Preguntas	SI	NO	Comentarios
1. ¿Desde cuando conoce usted al solicitante?			Días: _____ Meses: _____ Años: _____
2. Si lo conoció recientemente, indique ¿cómo verificó su identidad?			¿Causas?
3. ¿Le consta a usted que su cliente firmó esta solicitud?			¿Causas?
4. ¿Recomienda usted a su cliente, tanto por su aspecto saludable como por su moralidad y reputación?			¿Causas?
5. ¿Representa su cliente la edad que indica?			¿Causas?
6. ¿Representa su cliente algún defecto físico?			¿Causas?
7. ¿Tiene su cliente tendencia a algún vicio?			¿Causas?
8. ¿Sabe si su cliente tiene alguna enfermedad grave?			¿Causas?
9. ¿Solicita su cliente este seguro, para cancelar alguna otra póliza expedida por esta compañía?			¿Causas?
10. ¿Sabe usted de algún riesgo especial por motivo de su ocupación, afición, o actividades de aviación?			¿Causas?

DATOS DEL AGENTE

Clave	Nombre completo	Oficina y/o Sucursal
Firma del Agente		

OBSERVACIONES

10. 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		

11. Beneficiarios de la Póliza

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

12. Vigencia del Seguro

Desde:

a las 12:00 del mediodía

Hasta:

a las 12:00 del mediodía

Día

Mes

Año

Día

Mes

Año

Este producto fue autorizado y registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros mediante Resolución SS No.1611/12-09-2011.

Página No. 4

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: _____
