

SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA SEGURA

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 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 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___		
			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	Teléfono	Tiempo de la Relación Comercial

5. Referencias Personales

Nombre completo	Teléfono	Domicilio

6. Seguros con otra compañía

Ramo	Nombre de Compañía de Seguros

7. Especificación del Riesgo

I. Cuestionario de Salud para el Solicitante

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. ¿Consumo 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 mamas?			¿Condición actual? ¿Médico tratante?
15. Si el solicitante es mujer, ¿Está embarazada?			Meses de embarazo: _____
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			

8. Datos del Seguro Solicitado

Valor Prima Anual	Valor Prima a Debitar
Moneda: <input type="checkbox"/> Lempiras <input type="checkbox"/> Dólares Forma de Pago: <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual	
Suma Asegurada: <input type="checkbox"/> L. 50,000.00 <input type="checkbox"/> L. 100,000.00 <input type="checkbox"/> L. 200,000.00 <input type="checkbox"/> L. 300,000.00 <input type="checkbox"/> L. 400,000.00 <input type="checkbox"/> L. 500,000.00	

NOTA ACLARATORIA: En caso de que la misma persona suscriba varias pólizas bajo este plan, emitidas por la Compañía, que sumen en su conjunto más de L. 500,000.00, el exceso será nulo y la responsabilidad de la Compañía se limitará a esa suma, debiendo la Compañía devolver al asegurado las primas que este haya pagado en exceso. Para las renovaciones, mientras la edad del solicitante se encuentre dentro del rango de edades se conservará el costo de la prima de acuerdo a la forma de pago seleccionada, una vez rebase el límite superior de cada rango de edades, la prima se incrementará automáticamente de acuerdo a la edad cumplida.

9. Beneficiarios de la Póliza

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

Total Designado

IMPORTANTE: Si hay beneficiarios menores de edad, favor indicarnos quien será su Representante Legal. En caso de que el espacio no sea suficiente, favor adjuntar carta detallando, para cada beneficiario, los mismos datos indicados en el cuadro de beneficiarios actual.

10. Autorización de débito

Por medio de la presente autorizo a Banco Lafise, S.A., para que debite de la cuenta de Ahorro o Cheques No. _____ a nombre de: _____ la cantidad de: _____ por concepto de: _____

Este débito se realizará de forma:

Mensual Trimestral Semestral Anual

durante el período de vigencia de la póliza.

Firma: _____

No. Identidad: _____

11. 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 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: _____