# SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA COLECTIVO

**SOLICITANTE**

**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

**IMPORTANTE:** La solicitud y el informe médico forman parte del contrato de seguro. La adecuada respuesta a las preguntas consignadas en ambos documentos, constituyen la base técnica para la aceptación del seguro solicitado. Las respuestas a esta solicitud deben ser hechas de puño y letra del solicitante, con claridad y precisión, en forma legible, sin tachones ni enmendaduras, con un solo tipo de letra y tinta.

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 ☐ Pasparte ☐ Residencia | No. Seguro Social

Ocupación | 1ra. Nacionalidad

Profesión | 2da. Nacionalidad

**Dirección de Domicilio**

Barrio / Colonia | Avenida | Calle

Bloque No. | Casa / Edificio No. | Municipio

Departamento | País

Otras referencias de la dirección

**Contacto**

Teléfono | Celular 1 | Celular 2

**Actividad económica:** ☐ Ama de Casa ☐ Asalariado ☐ Comercian Individual ☐ Pensionado ☐ Negocio Propio

☐ Estudiante ☐ Jubilado ☐ Renta de Bienes ☐ Socio ☐ Otra

**Lugar de Trabajo**

Nombre Empresa

Cargo o Posición | Fecha Ingreso

**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

**Origen de Fondos:** ☐ Ahorro ☐ Empresa ☐ Honorarios Legales ☐ Pensión ☐ Salario

☐ Dependientes ☐ Herencia ☐ Negocio Propio ☐ Jubilación ☐ Renta de Bienes

☐ Socio ☐ Otros:

## 2. 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/Excliudo | |
|---|---|---|---|---|
| - | Anticipo de Suma Asegurada para Gastos Fúnebres | | ☐ Amparada | ☐ Excluida |
| - | Anticipo de Sema Asegurada por Enfermedad Terminal | | ☐ Amparada | ☐ Excluida |
| - | Anticipo de Suma Asegurada para Gastos de Repatriación de Restos Mortales | | ☐ Amparada | ☐ Excluida |

| | Coberturas que pueden contratarse mediante convenio expreso y Pago de Prima Adicional: | Amparado/Excliudo | |
|---|---|---|---|
| 2. | Muerte Accidental, Desmembramiento y Pérdida de la Vista Accidental | ☐ Amparada | ☐ Excluida |
| 3. | Muerte Accidental Calificada | ☐ Amparada | ☐ Excluida |
| 4. | Pago Anticipado de Suma Asegurada por Incapacidad Total y Permanente por Accidente o Enfermedad | ☐ Amparada | ☐ Excluida |
| 5. | Pago Adicional por Incapacidad Total y Permanente en caso de Incapacidad Total y Permanente | ☐ Amparada | ☐ Excluida |
| 6. | Exoneración de Pago de Primas por Incapacidad Total y Permanente | ☐ Amparada | ☐ Excluida |
| 7. | Gastos Fúnebres | ☐ Amparada | ☐ Excluida |

## 3. Beneficiarios de la Póliza

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

## 4. Vigencia del Seguro

**Desde:** _____ _____ _____ a las 12:00 del mediodía **Hasta:** _____ _____ _____ a las 12:00 del mediodía

Día Mes Año Día Mes Año

## 5. Cuestionario de Salud para el Solicitante

| Marque su respuesta y especifique | SI | NO | Resultado |
|---|---|---|---|
| 1. Estatura en metros _____, peso en libras _____.<br>¿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 mamas? | | | ¿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: _____<br>Número de Cesareas: _____ Número de abortos: _____ |
| 17. Nombre, dirección y teléfono del (los) médico (s) que acostumbra consultar | | | |

**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 Representante Legal:** _____