

Código: SPN-F.GTP-52

La siguiente solicitud deberá ser completada con letra molde sin tachaduras ni alteraciones.

Para uso exclusivo de la Compañía:

Ramo	Número de Solicitud	Número de Póliza	Código del Contratante
Seguro de Vida ☐			
Seguro Médico ☐			
Accidentes Personales ☐			

A. Datos del asegurado

Para uso exclusivo de la compañía	Código de Contratante:	No. de Solicitud:	No. de Póliza:
--	------------------------	-------------------	----------------

I. Datos Generales del Tomador del Seguro Persona Natural ☐ Persona Jurídica ☐
Datos Persona Natural / Representante Legal

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Apellido de casada	Identidad ☐ Carnet de residencia ☐ Pasaporte ☐	No. de documento	Fecha de vencimiento del documento Día Mes Año
RTN contratante natural o representante legal	Lugar de nacimiento	Fecha de nacimiento Día Mes Año	Edad Sexo M ☐ F ☐
Nacionalidad 1 2 3			
Profesión, ocupación, oficio o actividad económica		Estado civil Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Union libre ☐ Viudo ☐	
Nombre de la empresa donde trabaja o nombre del negocio propio		Cargo que desempeña	
Tiempo de laborar		Giro de la empresa	
Con que instituciones financieras posee cuentas:		Origen de los recursos	
Nivel aproximado de ingresos mensuales L0.00 - L27,000.00 ☐ L27,000.01 - L53,000.00 ☐ L53,000.01 - L89,000.00 ☐ L89,000.01 - L177,000.00 ☐ L177,000.01 - L442,000.00 ☐ Mayor a L442,000.01 ☐			
¿Ejerce o ha ejercido un cargo público nacional o internacional? Si ☐ No ☐	Cargo:	Periodo:	Institución:
En caso de ser afirmativo completar el SPS-F.CR-01 Formulario de identificación y vinculación para personas expuestas políticamente (nacionales y extranjeros) No aplica completar formulario para el Representante Legal			
¿Actúa en nombre o representación de otra persona? Si ☐ No ☐		Si la respuesta es Si indicar:	
Nombre completo de la persona que representa		Su relación	
No. de identidad de la persona que representa			
¿Depende económicamente de otra persona? Si ☐ No ☐		Si la respuesta es Si indicar:	
Nombre completo de la persona que representa		Su relación	
No. de identidad de la persona de la que depende			
¿Cliente es APNFD? Si ☐ No ☐		Si la respuesta es Si indicar que actividad APNFD realiza:	
APNFD = Actividades y Profesiones No Financieras Designadas.			
¿Cliente es Contratista del Estado? Si ☐ No ☐			

Datos del Cónyuge

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Nombre de la empresa donde trabaja		Cargo que desempeña	
No. de Teléfono	No. de Celular	Correo electrónico	

Datos Persona Jurídica

Denominación y razón social				
Objeto social y/o actividad económica	RTN / RUC	No. de inscripción del registro mercantil	Fecha de constitución de la empresa	Día Mes Año
Departamentos o países donde opera				
1	2	3		
Origen de los recursos		Monto aproximado del total de activos (Lempiras)		
Venta o ingresos anuales (Lempiras)		¿Pertenece a un grupo económico? Si ☐ No ☐ ¿Cuál?		
Referencia bancaria o comerciales				
Nombre de la empresa (1)	Teléfono	Nombre de la empresa (2)	Teléfono	
Proveedores principales				
Nombre del proveedor (1)	Teléfono	Nombre del proveedor (2)	Teléfono	
¿Cliente es APNFD? Si ☐ No ☐ Si la respuesta es Si indicar que actividad APNFD realiza: APNFD = Actividades y Profesiones No Financieras Designadas.				
¿Cliente es Contratista del Estado? Si ☐ No ☐ ¿Cliente es ONG/OSFL? Si ☐ No ☐ ONG = Organismo No Gubernamental OSFL = Organización Sin Fines de Lucro.				

II. Dirección de Residencia del Contratante o Representante Legal Dirección de cobro ☐

País	Departamento	Municipio	Ciudad	
Colonia	Calle	Avenida	Bloque	Casa No.
Detallar dirección				
Teléfono	Celular	Correo electrónico		

III. Dirección de Trabajo del Contratante o de la Empresa Dirección de cobro ☐

País	Departamento	Municipio	Ciudad	
Colonia	Calle	Avenida	Bloque	Casa No.
Detallar dirección				
Teléfono	Celular	Correo electrónico		

IV. Información de Otros Seguros

¿Tiene otros seguros con la compañía? Si ☐ No ☐	¿Qué tipo de seguros?	¿Con cuál otra compañía tiene (tenía) seguros?
¿Qué tipo de seguro?		Sumas aseguradas

B. Especificaciones del seguro

I. Tipo de Contrato

Contributorio o No contributorio

No-Contributorias Empleados y Dependientes (el contratante paga el 100% de la prima de los asegurados titulares y dependientes): Se exige participación del 100% de los empleados del contratante y de los dependientes de este.

Pólizas Contributorias Empleados y Dependientes (el asegurado paga un % de la prima de seguro).

Titulares: Se requiere Una participación de por lo menos el 75% del total de empleados.

Dependientes: Se requiere que el 65% de los titulares asegure a su grupo familiar.

Polizas No contributorias Empleados y Contributoria Dependientes.

Titulares: Una participación del 100% del grupo elegible.

Dependientes: Se requiere que el 65% de los titulares asegurar a su grupo familiar.

De cumplir con las condiciones descritas el grupo no será sujeto a pruebas de asegurabilidad, siempre y cuando la solicitud de inclusión sea presentada a la Compañía dentro de los 30 días contados a partir de la fecha de empleo del asegurado titular.

El contratante deberá proporcionar el censo total de empleados y dependientes, para que la compañía puede validar el tipo de contrato para el grupo a asegurar (de no proporcionar el censo, todo el grupo será sujeto a pruebas de asegurabilidad.)
Toda empresa con (50) empleados o menos requiere pruebas de asegurabilidad.)

Marque con una "X" según aplique:

Contribución	Número de Asegurados	No Contributorio	Contributorio	% de contribución del Contratante
Seguro de vida colectivo				
Seguro médico hospitalario				
• Empleado solo				
• Empleado con dependiente				
Seguro de accidentes personales				

II. Clasificación de empleados o miembros a asegurar por categoría

No.	Seguro de Vida		Seguro Médico Hospitalario		Accidentes Personales	
	Categoría	No. de Asegurados	Categoría	No. de Asegurados	Categoría	No. de Asegurados
1						
2						
3						
4						

III. Seguro de Vida Adicional (Pagado un 100% por el empleado): ☐ Si ☐ No

- El contratante se compromete a deducir de planilla la prima correspondiente de cada empleado asegurado.
- Se requiere un porcentaje mínimo de participación del 75% de los empleados elegibles.

IV. Afiliación de Servicios

Servicio de asistencia funeraria	☐ Si	☐ No	
Servicio médico Porsalud	☐ Si	☐ No	Este servicio sólo aplica para pólizas que incluyan el ramo de Gasto Médicos

V. Vigencia

Vigencia desde:	/	/	Al medio día	Hasta:	/	/	Al medio día
-----------------	---	---	--------------	--------	---	---	--------------

VI. Forma de Pago Mensual ☐ Trimestral ☐ Semestral ☐ Anual ☐

VII. Forma de Facturación Mensual ☐ Trimestral ☐ Semestral ☐ Anual ☐

VIII. Cuenta con Empresa Afiliadas o Subsidiarias: Si ☐ No ☐

(En caso que la respuesta sea afirmativa indicar el nombre)

No.	Nombre de las Empresas Afiliadas o Subsidiarias
1.	
2.	
3.	

IX. Declaración del Solicitante

Para los efectos legales que pueda tener esta solicitud, declaro que las respuestas contenidas en la misma son ciertas y están completas; reconozco que dichas declaraciones constituyen la base del Contrato de Seguro y acepto la obligación de pagar la prima y ajustes correspondientes al contrato que se expida de acuerdo a mi solicitud.

Hago Constar que me he enterado de las Condiciones Generales, Especiales, Endosos, Anexos y otros documentos que contendrá la Póliza cuya expedición solicito; que otorgo mi conformidad con estas cláusulas y acepto las obligaciones que las mismas me imponen como Contratante.

Autorizo a la COMPAÑÍA para que los documentos que acrediten la celebración de la póliza de seguros, incluyendo las condiciones generales o particulares, modificaciones realizadas a la misma, así como cualquier notificación o información relacionada, pueda ser remitida al correo electrónico indicado en esta solicitud.

Importante

Conforme a los artículos 1141 y 1143 del Código del Comercio, debe declarar todos los hechos a que se refiere este cuestionario, tal y como los conozca o deba conocer en el momento de firmarlo. La omisión en las declaraciones, inexactitud o falsedad de éstas respecto de los hechos que se preguntan, origina la pérdida del derecho del solicitante o del beneficiario en su caso, a la indemnización que se derive de la póliza que se expida basada en tales declaraciones.

Lugar y Fecha: _____

Representante Legal	Intermediario
Cargo	Código
Firma y Sello	Firma y Sello

Documentos a presentar:

1. Oferta actualizada y firmada por el representante legal de la empresa contratante.
2. Copia de la identidad del representante legal.
3. Copia del RTN de la empresa e identificación del representante legal.
4. Copia de la escritura de constitución de la empresa contratante y sus reformas debidamente inscritas.
5. Consentimiento individual de seguro debidamente completada por cada persona a asegurar.

Nombre de autorizador:	
------------------------	--