

## SOLICITUD PARA SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES PERSONALES

SOLICITUD No. \_\_\_\_\_ POLIZA No. \_\_\_\_\_ VIGENCIA \_\_\_\_\_

### I.- DATOS DEL ASEGURADO

Nombre Completo \_\_\_\_\_  
Nombre                                      Primer Apellido                                      Segundo Apellido                                      Apellido Casada

Lugar de Nacimiento \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
 Número de Identificación \_\_\_\_\_ Tipo de Identificación: Identidad ( ) Pasaporte ( ) Carné de Residente ( ) Nacionalidad \_\_\_\_\_  
 Sexo: M ( ) F ( ) Estado Civil: S ( ) C ( ) Nombre Completo del Cónyuge \_\_\_\_\_  
 Dirección Completa de Residencia \_\_\_\_\_  
 Teléfono de Residencia \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_ Apdo. Postal \_\_\_\_\_  
 Profesión, Ocupación u oficio \_\_\_\_\_ Nombre del Negocio (si aplica) \_\_\_\_\_  
 Giro o actividad económica del negocio \_\_\_\_\_  
 Nombre de la empresa donde trabaja \_\_\_\_\_ Posición/cargo que desempeña \_\_\_\_\_  
 Tiempo de laborar en la empresa \_\_\_\_\_ Teléfono No. \_\_\_\_\_ Fax No. \_\_\_\_\_ Sitio Web. \_\_\_\_\_  
 Dirección Completa de la empresa donde labora \_\_\_\_\_  
 Teléfono No. \_\_\_\_\_ Fax No. \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_ Sitio Web. \_\_\_\_\_  
 Especifique detalladamente su fuente de ingresos \_\_\_\_\_  
 Mantiene pólizas suscritas con esta u otra(s) aseguradora(s); (especifique: nombre de la aseguradora, tipo de seguro, suma asegurada) \_\_\_\_\_

### II.- DATOS DEL CONTRATANTE

Razón o Denominación Social \_\_\_\_\_  
 Nombre Comercial \_\_\_\_\_ No. De RTN (adjuntar fotocopia) \_\_\_\_\_

**Información Personal del autorizado para contratar**

Nombre Completo, (como aparecen en el documento de identidad) \_\_\_\_\_  
 Identidad No. \_\_\_\_\_ Tipo de Identificación: Identidad ( ) Pasaporte ( ) Carné de Residente ( ) Nacionalidad \_\_\_\_\_  
 Sexo: M ( ) F ( ) Estado Civil: S ( ) C ( ) Dirección de Residencia \_\_\_\_\_  
 Teléfono de Residencia \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_ Apdo. Postal \_\_\_\_\_  
 Dirección Completa de Contratante \_\_\_\_\_  
 Teléfono No. \_\_\_\_\_ Fax No. \_\_\_\_\_ Sitio Web. \_\_\_\_\_ Actividad Económica \_\_\_\_\_  
 Mantiene pólizas suscritas con otra(s) aseguradora(s); (especificar nombre, tipo de seguro, suma asegurada) \_\_\_\_\_

### III. DATOS DE LA POLIZA

a)	RIESGOS CUBIERTOS	SUMA ASEGURADA	PRIMAS
I	Muerte Accidental	L. _____	L. _____
II	Incapacidad permanente	L. _____	L. _____
III	Incapacidad temporal, por día, Pagadera a partir del ____ día De Inhabilitación.	L. _____	L. _____
IV	Reembolso de Gastos Médicos por Accidente Deducible L. _____	L. _____ L. _____	L. _____ L. _____
	Clasificación _____		L. _____
	Prima		L. _____
	Recargo por Riesgos Especiales.		L. _____
	Prima Total		L. _____

- b) Vigencia: entrará en vigor el día \_\_\_\_\_ a las 12:00 horas del mediodía  
 Hasta el día \_\_\_\_\_ a las 12:00 horas del mediodía
- c) Forma de Pago: \_\_\_\_\_ Administrará la Póliza: \_\_\_\_\_
- d) Participación del Contratante en el pago de la prima SI ( ) NO ( ) Porcentaje \_\_\_\_\_
- e) Participación del Asegurado en el pago de la prima SI ( ) NO ( ) Porcentaje \_\_\_\_\_

### IV. CONDICIONES PARA FORMAR PARTE DEL GRUPO ASEGURABLE:

- a) Edad comprendida entre 15 y 64 años en el cumpleaños más próximo.
- b) Tener como mínimo dos meses de pertenecer al Grupo Asegurado.
- c) Número de Miembros que formarán parte del Grupo Asegurado: \_\_\_\_\_

Queda entendido y convenido que la presente solicitud forma parte integrante del Contrato de Seguro. Declaro que lo manifestado anteriormente, así como la información contenida en la relación del grupo asegurable son verdaderas



- a) Los accidentes que sobrevengan en la práctica de polo, pesca en alta mar, rodeo, rugby y boxeo;
- b) Los accidentes que sobrevengan mientras el Asegurado se encuentre a bordo de aviones privados en calidad de piloto o copiloto;
- c) Los accidentes que sobrevengan al Asegurado mientras se encuentre a bordo de aviones privados en calidad de pasajero; y
- d) Los accidentes que sobrevengan al Asegurado mientras se encuentre manejando motoneta, motocicleta o patineta.

#### **CLAUSULA SÉPTIMA: VIAJES MARÍTIMOS, TERRESTRES O POR VIA AEREA.**

La Póliza cubre los riesgos de viajes marítimos y terrestres en cualquier forma.

Comprende también los riesgos de viajes aéreos siempre que el Asegurado los efectúe en calidad de pasajero, provisto de su boleto de pasaje, en aviones de líneas de aeronavegación debidamente autorizadas para el transporte de pasajeros y siempre que se trate de vuelos incluidos en itinerario regular. Sin embargo, la Compañía no se hace responsable de las consecuencias de la presión atmosférica durante el despegue, el vuelo o el aterrizaje.

#### **CLAUSULA OCTAVA: COBERTURA MUNDIAL**

La presente póliza cubre al asegurado en cualquier país del mundo.

#### **CLAUSULA NOVENA: EDAD.**

Esta Póliza solo se extiende a personas de 15 a 65 años, pero podrá renovarse a su vencimiento con el consentimiento de la Compañía, siempre que el Asegurado no haya alcanzado la edad de 70 años. En caso de que los hubiere cumplido, esta Póliza quedará automáticamente cancelada a la terminación del período cubierto por la última prima pagada. Salvo pacto expreso en contrario, los seguros realizados con violación de lo anterior, serán nulos y sin valor alguno.

#### **CLAUSULA DÉCIMA: PERSONAS NO ASEGURABLES.**

También serán nulas y sin ningún valor, las Pólizas extendidas a nombre de personas que al tiempo de la celebración del contrato fuesen ciegas, sordas, lisiadas, epilépticas, alienadas o que, por razón de padecer de una enfermedad orgánica o de defecto físico, hayan quedado incapacitadas en un 60% o más. Si durante la vigencia de esta Póliza se produjera una de estas situaciones, quedará en suspenso ipso-facto los efectos del seguro, obligándose el Asegurado a comunicar el hecho de inmediato a la Compañía, para que ésta, dentro de un plazo de 15 días, resuelva sobre la continuación o rescisión del contrato. Si la compañía optase por la rescisión devolverá al Asegurado la parte de la prima que corresponde al período durante el cual ya no correrá el riesgo.

#### **CLAUSULA DÉCIMA PRIMERA: MODIFICACIONES DEL RIESGO.**

Si el Asegurado, durante la vigencia de esta Póliza, cambiara de profesión o llegara a ejercer su profesión dentro de condiciones distintas de las que indicó en su solicitud; si estableciera su domicilio definitivo en el extranjero; si no gozara de cobertura; si se volviera inválido de acuerdo con la cláusula novena de estas condiciones generales; es decir, si llegara a modificarse el riesgo en una u otra forma, tal hecho debe ser comunicado inmediatamente a la compañía mediante carta certificada.

Si las modificaciones constituyeran una agravación esencial del riesgo, la Compañía tendrá la facultad ya sea de rescindir el contrato o de aumentar la prima por el período que falta hasta el vencimiento del seguro. Si el Asegurado no aceptara aumento de la prima, la Póliza será cancelada y, en tal caso, la Compañía devolverá la parte de la prima que corresponda al período no transcurrido del seguro. En cambio, si las modificaciones constituyen una disminución del riesgo, el Asegurado tendrá derecho a una disminución de la prima de acuerdo con la tarifa vigente.

#### **CLAUSULA DÉCIMA SEGUNDA: OBLIGACIONES DEL ASEGURADO EN CASO DE ACCIDENTE Y LIQUIDACIÓN DE LAS INDEMNIZACIONES.**

Al Asegurado o al beneficiario del seguro, le corresponde probar que la incapacidad o la muerte ha sido consecuencia directa de algún accidente cubierto por este seguro y deberán facilitar a la Compañía todos los informes que ésta les pida, para aclarar las causas y demás circunstancias relacionadas con el suceso. Cuando se produzca un accidente deberán comunicarlo a la Compañía por carta certificada, en el término más breve posible, a más tardar dentro de los cinco días contados desde la fecha del mismo. Si el accidente ocurrió fuera del territorio de la República de Honduras, la Compañía concede para el aviso correspondiente, un plazo máximo de treinta días, contados desde la fecha del suceso.

Presentarán, además en el formulario que les proporcionará la Compañía, una declaración sobre la fecha, lugar y circunstancia en que ocurrió el accidente, y facilitarán todos los demás informes que les sean pedidos. Asimismo, deberán indicar nombre y dirección de los testigos que hayan presenciado el accidente y remitir un certificado médico, atestiguando causas, naturaleza y probables consecuencias de la lesión sufrida. Si el asegurado ha muerto a causa de un accidente, los beneficiarios del seguro deberán hacer constar la causa de la muerte por la autoridad competente y deberán avisar el deceso a la Compañía por escrito, dentro de las cuarenta y ocho horas de sucedido. La Compañía se reserva el derecho de hacer practicar la autopsia.

La falta de cumplimiento dentro de los plazos fijados, de las obligaciones señaladas en este artículo, permitirá a la compañía disminuir la indemnización a la cuantía que habría abarcado, si el aviso se hubiera dado oportunamente.

Si la omisión fuere dolosa, para impedir que se comprueben las causas del accidente. La Compañía quedará liberada del pago de toda indemnización.

Ocurrido un accidente, el Asegurado deberá recurrir sin pérdida de tiempo a los servicios de un facultativo y deberá continuar bajo asistencia médica regular hasta la curación de la dolencia. Igualmente deberá adoptar todas las providencias que sean necesarias para disminuir las consecuencias del accidente.

El médico de la compañía, así como los agentes o inspectores de la misma tendrán, en cualquier momento, libre acceso al domicilio del Asegurado accidentado, con el fin de poder cerciorarse sobre el estado de su salud.

La Compañía podrá hacerse cargo de la asistencia médica del Asegurado, si lo juzga necesario, para disminuir las consecuencias del accidente.

El importe de la indemnización se liquidará según el informe del médico que asistió al Asegurado y del médico nombrado por la Compañía. Si hubiera divergencias entre los dos médicos indicados, ambas partes se atenderán al informe de un tercer facultativo, quien deberá ser nombrado de común acuerdo por los dos primeros y cuyo dictamen tendrá el carácter de definitivo e inapelable. En caso de que dichos facultativos no pudieran ponerse de

acuerdo sobre la designación del tercero, éste será nombrado por el Colegio Médico de Honduras.

Los médicos actuarán como árbitros, y su fallo se considerará definitivo e inapelable. Los honorarios del tercer médico serán pagados, mitad por la Compañía y mitad por el Asegurado.

#### **CLAUSULA DECIMA TERCERA: REQUISITOS PARA EL PAGO DE UN SINIESTRO**

##### **EN CASO DE FALLECIMIENTO**

Al recibir la notificación de muerte accidental de cualquiera de las personas amparadas por la póliza, para efectos de solicitar a la compañía la indemnización de Suma Asegurada será requisito la presentación de los siguientes documentos originales:

- a) Fotocopia de la tarjeta de identidad del fallecido o partida de nacimiento original.
- b) Certificado de Defunción extendido por el Registro Nacional de la Personas.
- c) Certificado de la Autoridad que se hizo presente al momento del accidente.
- d) Fotocopia de la tarjeta de identidad de los beneficiarios, si los beneficiarios fuesen menores de edad, será necesario presentar partida de nacimiento de cada uno y fotocopia de la tarjeta de identidad del Representante Legal.
- e) Facilitar a la Compañía toda la información que esta requiera en relación con el reclamo; así como concederle autorización para obtenerla de otras fuentes. La compañía queda facultada para realizar las inspecciones que sean necesarias para la evaluación y resolución del caso.

##### **EN CASO DE INCAPACIDAD**

- a) Fotocopia de la tarjeta de identidad o partida de nacimiento original del Asegurado.
- b) Certificación médica extendida por el IHSS donde indique la causa de la invalidez y el grado de incapacidad.
- c) Facilitar a la Compañía toda la información que esta requiera en relación con el reclamo; así como concederle autorización para obtenerla de otras fuentes. La compañía queda facultada para realizar las inspecciones que sean necesarias para la evaluación y resolución del caso.

##### **PRESENTACIÓN DE RECLAMOS DE GASTOS MEDICOS POR ACCIDENTE**

- a) Llenar totalmente el formulario de reclamación, en la parte que corresponde al informe del asegurado debiendo asegurarse de detallar el accidente sufrido, sus causas y consecuencias.
- b) Llenar totalmente la parte que corresponde al informe del médico, debiendo asegurarse que el mismo anote todos los datos de suma importancia, referente al accidente sufrido sin olvidar que debe colocar la fecha, firma y sello.
- c) Presentar los comprobantes de pago originales, que respalden el gasto efectuado como ser: recibos de honorarios médicos, recetas médicas, facturas de farmacia, orden de examen médico, recibos de laboratorio, rayos x etc. Estos deben reunir invariablemente los requisitos fiscales que para tal efecto exige la ley como son: número de factura, número de recibo, RTN, el membrete correspondiente etc.

#### **CLAUSULA DECIMA CUARTA: LUGAR DE PAGO DE LAS INDEMNIZACIONES.**

El pago de cualquier indemnización en virtud de este contrato, lo hará la compañía en su domicilio social en la ciudad de Tegucigalpa, Distrito Central salvo aquellos casos en que previa autorización de ésta, pueda hacerse en algunas de sus agencias o sucursales.

#### **CLAUSULA DECIMA QUINTA: INICIO, TERMINACIÓN Y RENOVACIÓN DEL CONTRATO.**

- a) Inicio y Terminación del Contrato: La cobertura inicia a las 12 horas del mediodía de la fecha de entrada en vigor del presente contrato el que se suscribirá por el término de un año; la compañía puede terminar el presente Contrato, en cualquier fecha de vencimiento de pago de primas, mediante aviso escrito al asegurado o contratante por lo menos con 30 días de anticipación.
- b) Renovación: La compañía renovará el presente contrato en cualquier fecha de vencimiento de pago de primas, mediante aviso escrito y previa confirmación del Contratante con treinta (30) días de anticipación. La compañía se reserva el derecho a modificar en cada renovación las condiciones y las primas del mismo de acuerdo al análisis técnico que se realice.

c) Inclusiones y Exclusiones: El Contratante estará obligado a dar aviso de inmediato a la Compañía de todos los ingresos y egresos del grupo asegurado, enviando al mismo tiempo las solicitudes de inclusión de las nuevas personas y todos los datos necesarios para la apreciación del riesgo, pudiendo aceptar o no dicha inclusión.

#### **CLAUSULA DECIMA SEXTA: ESTIPULACIONES PARA POLIZAS COLECTIVAS.**

Cuando el Contratante así lo solicite, la compañía emitirá una póliza de seguro que ampare los riesgos por accidentes los cuales estará sujetos a las siguientes estipulaciones:

- a) Los asegurados deberán llenar la solicitud de inscripción correspondiente.
- b) Las comunicaciones las hará directamente el Contratante por escrito a la compañía. Todo lo relativo a la póliza será tratado por conducto del Contratante, y por tanto, todas las comunicaciones y notificaciones que la compañía tenga que hacer a los asegurados se considerará válida y eficazmente cumplidas cuando las haga a través del Contratante.
- c) Si el contratante fuera sustituido por otro deberá comunicarse por escrito esta circunstancia a la compañía dentro de los (15) quince días siguientes a la fecha en que haya ocurrido tal situación y si esta lo acepta lo hará constar en anexo que formará parte de la póliza. En caso contrario la Compañía dará por terminado el Contrato.

#### **CLAUSULA DECIMA SÉPTIMA: OTROS SEGUROS**

Si el asegurado durante la vigencia del presente seguro, contratara otro seguro contra accidentes personales o seguro de viajes, deberá comunicarlo por escrito a la compañía en el término de 8 días y ésta dará, en el mismo plazo su consentimiento o rescindiré el presente contrato.

#### **CLAUSULA DECIMA OCTAVA: TERRORISMO Y GUERRA**

La presente Póliza excluye la muerte que resulte a consecuencia de actos de terrorismo perpetrados o cometidos por una o más personas que sean o no miembros de una organización, o que tengan alguna conexión o se motiven por hostilidades, acciones u operaciones de guerra, invasión o actos de enemigo extranjero haya o no declaración o estado de guerra; o en guerra

intestina, revolución, rebelión, insurrección, conspiración u otros hechos o delitos contra la seguridad interior o exterior del país aunque no sean a mano armada en poder militar o usurpación de poder; o en la administración o gobierno de cualquier territorio o zona del país en estado de sitio o bajo el control de autoridades militares o en confiscación que requiera por cualquier poder civil o militar.

**CLAUSULA DECIMA NOVENA: CAMBIO DE CONTRATANTE.**

Si el Contratante fuera sustituido por otro deberá de comunicarse por escrito esta circunstancia a la Compañía dentro de treinta (30) días siguientes a la fecha en que haya ocurrido tal sustitución y si esta la acepta lo hará constar en anexo que formará parte de la póliza.

En caso contrario la Compañía tendrá acción para dar por terminado el contrato y devolverá la prima no devengada.

**CLAUSULA VIGESIMA: MODIFICACIONES.**

En los términos de ésta póliza quedan definidos los pactos entre la compañía y el asegurado, no reconociéndose por lo tanto validez a ninguna modificación que no esté consignada en ella, a menos que conste por escrito debidamente autorizado por la compañía.

Los agentes no están facultados para modificar las condiciones de la póliza.

**CLAUSULA VIGÉSIMA PRIMERA: COMUNICACIONES.**

Toda solicitud o comunicación a la compañía, relacionada con la póliza deberá hacerse directamente y por escrito a su domicilio social en la ciudad de Tegucigalpa, Municipio del Distrito Central, o en su Sucursales o Agencias autorizadas. Las comunicaciones o notificaciones que la Compañía tenga que hacer a los asegurados se considerarán válidas y eficazmente cumplidas cuando las haga a través del Contratante, que serán enviadas por escrito al último domicilio de éste conocido por la Compañía.

**CLAUSULA VIGÉSIMA SEGUNDA: PRESCRIPCIÓN**

Todas las acciones que se deriven de éste Contrato prescribirán en tres (3) años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.

El plazo a que se refiere esta cláusula no correrá en caso de omisión falsa o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la compañía haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en el que haya llegado a conocimiento de los interesados quiénes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban de dicha realización.

La prescripción se interrumpirá por el nombramiento de peritos para el ajuste del siniestro o al entablarse acción judicial.

**CLAUSULA VIGESIMA TERCERA: REPOSICION.**

En caso de destrucción, robo o extravío de la póliza o de cualquier certificado, la compañía emitirá un duplicado, previa solicitud escrita del Contratante o del Asegurado, según el caso, con las formalidades establecidas para este objeto, y pago de los correspondientes gastos de reposición.

**CLAUSULA VIGÉSIMA CUARTA: CONCILIACIÓN Y ARBITRAJE**

Cualquier controversia o conflicto entre las partes relacionada directa o indirecta con este contrato, ya sea de naturaleza, interpretación, cumplimiento, ejecución o terminación del mismo, se resolverá mediante el proceso de Conciliación y Arbitraje de conformidad con lo establecido en la Ley de Conciliación y Arbitraje vigente, el fallo que se emita mediante éste proceso es definitivo e inapelable, de aceptación inmediata y obligatorio su cumplimiento a las partes, ya que produce efecto de cosa juzgada.

Los gastos y los costos que pudieran producirse en el proceso del arbitraje estarán a cargo de la Compañía y del Asegurado por partes iguales.

**CLAUSULA VIGÉSIMA QUINTA: NORMAS SUPLETORIAS**

En lo no previsto en el presente Contrato, se aplicarán las disposiciones atinentes del Código de Comercio de la Ley de Instituciones de Seguro, y demás leyes pertinentes.

**Autorizo a SEGUROS CREFISA, S.A. a acceder a la Central de Riesgos de la Comisión Nacional de Bancos y Seguros (CNBS) y a cualquier otra base de datos gubernamental o privada, para consultar datos de las obligaciones que tanto mi representada como mi persona podamos tener en el Sistema Comercial o Financiero y declaro que he sido enterado y acepto las Condiciones Generales antes descritas y que figuran en la póliza solicitada.**

**Por la presente hago constar que las declaraciones y contestaciones que anteceden han sido escritas o dictadas por mí, personalmente, y son completas y verdaderas. Convengo, por lo tanto, en que sirvan de base a la compañía para la emisión de la póliza que solicito.  
Asimismo declaro que he sido enterado y acepto las Condiciones Generales antes descritas, mismas que figurarán en la póliza solicitada**

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**FIRMA Y No. DE AGENTE**

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL SOLICITANTE**

\_\_\_\_\_  
**REVISADO**

\_\_\_\_\_  
**APROBADO**