

**SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES
INDIVIDUAL
SOLICITUD DE SEGURO**

| | | | |
|---|--|---------------------------------------|-------------------------------------|
| Póliza No. | | Categoría: | |
| Agencia: | Vigencia Desde: | Hasta: | Hora: |
| Persona Natural <input type="checkbox"/> | Comerciante individual <input type="checkbox"/> | APNFD <input type="checkbox"/> | PEP <input type="checkbox"/> |

| | | | |
|--|---|--------------------------------------|---------------------------------------|
| A. I. Datos del Autorizado para Contratar / Persona Natural | | | |
| Como aparece en el documento de identidad | | | |
| Nombres: | Primer Apellido: | Segundo Apellido: | Apellido de Casada |
| Identidad No.: | Tipo de Identificación | | |
| | Tarjeta de Identidad <input type="checkbox"/> | Pasaporte <input type="checkbox"/> | Carnet Resd. <input type="checkbox"/> |
| RTN No.: | Fecha de Nacimiento | | Edad |
| | Día <input type="checkbox"/> | Mes <input type="checkbox"/> | Año <input type="checkbox"/> |
| Lugar de Nacimiento: | Municipio | Departamento | País |
| | Nacionalidad (es) | | |
| Género | Estado Civil | | |
| Masculino <input type="checkbox"/> | Femenino <input type="checkbox"/> | Soltero (a) <input type="checkbox"/> | Casado (a) <input type="checkbox"/> |
| | Viudo (a) <input type="checkbox"/> | Unión Libre <input type="checkbox"/> | |
| Nombre completo del Cónyuge: | | No. Identidad del Cónyuge | |
| Dos (2) Referencias de las Sigüientes; Laborales, Personales, Bancarias o Comerciales: | | | |
| 1. _____ | | 2. _____ | |
| II. Dirección de Residencia Completa | | | |
| Departamento: | | Municipio: | |
| Colonia: | Calle: | Avenida: | |
| Bloque No: | Casa No: | Teléfono Residencia No: | Numero Celular.: |
| Otras referencias o señas: | | | |
| Profesión u oficio: | | | |
| III. Origen de los Recursos | | | |
| Actividad económica principal: | | | |
| Ocupación actual: Asalariado <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> | | | |

**Si el asegurado es estudiante o ama de casa, favor proporcionar la siguiente información:
Información de la persona de quien depende económicamente**

| | | | | |
|--------------------------|--|-------------------------|-------------------------------|----------------------------|
| Primer Nombre: | Segundo Nombre: | Primer Apellido: | Segundo Apellido: | Apellido de Casada: |
| No. De identidad: | Actividad económica que desarrolla: | | Parentesco o Afinidad: | |

IV. Información Financiera del Asegurado y/o Representante Legal

| | |
|---|--|
| Especifique su fuente de Ingresos: _____ | |
| Nivel aproximado de ingreso según el Salario Mínimo Mensual Vigente (actividad principal): | ¿Recibe ingresos diferentes a su actividad principal? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| | Si su respuesta es SI detalle: |
| | Fuente de ingresos: _____ |
| | |
| De 0 – 3 <input type="checkbox"/> | |
| De 4 – 6 <input type="checkbox"/> | |
| De 7 – 10 <input type="checkbox"/> | |

| | | |
|-------------------|--------------------------|---|
| De 11-20 | <input type="checkbox"/> | Valor mensual estimado: _____ ¿Realiza transacciones en moneda extranjera? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Tipo de Moneda: Dólar <input type="checkbox"/> Euro <input type="checkbox"/> Otra _____ |
| De 21-50 | <input type="checkbox"/> | |
| De 50 en adelante | <input type="checkbox"/> | |

V. Datos Laborales

| | | | |
|---|---------------------------------|----------------------------------|----------------|
| Nombre de la empresa donde labora: | Posición / cargo que desempeña: | Tiempo de laborar en la empresa: | |
| Dirección completa de la empresa donde labora: | | | |
| Teléfono del Trabajo: | Fax No: | Correo Electrónico: | Sitio Web: |
| Departamento | Municipio | Ciudad | Colonia/Barrio |
| Calle | Bloque | Avenida | Edificio |
| Específicamente detalle su fuente de ingresos: | | | |
| Es usted una persona expuesta públicamente (PEP) Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | | |
| En caso de que su respuesta sea afirmativa, completar el formulario de identificación y vinculación para personas expuestas políticamente (Nacional y extranjero) | | | |
| ¿Mantiene pólizas suscritas con esta u otra(s) aseguradora (s)? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Especifique: | | | |
| Nombre de la Aseguradora: _____ | | | |
| Tipo(s) de Seguro(s): _____ Suma(s) Asegurada(s): _____ | | | |

VI. Datos del Beneficiarios Principales

¿Actúa en nombre propio? Sí No

En caso de que su respuesta sea negativa, especifique el nombre del tercero por el que actúa

| Nombre completo | Identidad/R.T.N. | Parentesco | Relación (Marque con una X) | |
|-----------------|------------------|------------|-----------------------------|----------|
| | | | Financiera | Personal |
| | | | | |

VII. Cobertura:

| RIESGOS CUBIERTOS: | SUMA ASEGURADA | PRIMAS |
|--|----------------|----------|
| a) Muerte Accidental | L. _____ | L. _____ |
| b) Incapacidad Permanente o Absoluta | L. _____ | L. _____ |
| c) Inhabilitación o Incapacidad Temporal y Desmembramiento | L. _____ | L. _____ |
| d) Reembolso de los Gastos Médicos y de Hospitalización | L. _____ | |
| Deducible | | |
| Clasificación _____ | | |

Sub-Total
Recargo por Riesgos Especiales
Recargo por Incapacidad Previa
Prima Total.....

L. _____
L. _____
L. _____
L. _____

RIESGOS QUE PUEDEN SER CUBIERTOS MEDIANTE CONVENIO EXPRESO:

- 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.
- d) Los accidentes que sobrevengan al Asegurado mientras se encuentre manejando motoneta, motocicleta o patineta.

B. Vigencia: entrará en vigor el día _____ a las 12:00 horas del mediodía
Hasta el _____ a las 12:00 horas del mediodía

C. Dirección de Cobro: _____
Teléfonos: _____ Apartado Postal: _____ Fax: _____ Correo Electrónico: _____

VIII.- OTROS SEGUROS

¿TIENE HA TENIDO, O ESTA TRAMITANDO OTRO SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES? ¿CON QUE COMPAÑÍA? ¿CUALES SON LAS SUMAS ASEGURADAS Y RIESGOS CUBIERTOS?

IV.- RIESGOS ESPECIALES

Si No

- a) ¿Viaja usted habitualmente? ¿A dónde? _____
- b) ¿Ha sufrido algún accidente grave? ¿Cuándo? _____
- c) ¿Maneja o viaja en aviones privados? ¿Con que frecuencia? _____
- d) ¿Maneja motocicleta, bicicleta o motoneta? ¿Con que frecuencia? _____
- e) ¿Qué deportes practica? _____ ¿Con que frecuencia? _____
- f) ¿Tiene usted en perspectiva un viaje especial o empresa peligrosa? _____ ¿A donde? _____

X.- ESTADO DE SALUD

Si No

- a) ¿Tiene algún defecto físico? ¿Cuál? _____
- b) ¿Se encuentra perfectamente sano? Especificar _____
- c) ¿Cuál es su estatura? _____ Mts. d) ¿Cuál es su Peso actual _____ Lbs.
- e) ¿Padece o ha padecido de enfermedades crónicas o graves? _____ ¿Cuáles? _____

f) ¿Padece de alguna deficiencia visual o auditiva? Especificar _____
Si o No

XI.- BENEFICIARIOS PRINCIPALES

NOMBRE COMPLETO PARENTESCO VALOR O PORCENTAJE

BENEFICIARIOS POR CONTINGENCIA: En el caso que al fallecimiento del Asegurado no exista ninguno de los Beneficiarios principales

XII.- OTRAS DECLARACIONES

- a) Como solicitante 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.
- b) Queda entendido que la Compañía dispondrá de treinta (30) días a partir de la fecha de recibo de esta solicitud, durante los cuales la considerará y si no he recibido ninguna Póliza dentro de ese período o no se ha hecho notificaciones sobre ella, entonces se dará como rechazada por la Compañía.
- c) También hago constar que en esta fecha he entregado al representante de la Compañía, contra recibo provisional, y para ser aplicada al valor de la prima inicial de mi Seguro, la suma de Lps. _____

Declaro expresamente que:

1. 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.

2. 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.

3. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla Periódicamente.

4. Autorizo a Crefisa, Compañía de Seguros S.A., registrar en la Base de Datos de la Central de Información Sistema Asegurador (CISA) cualquier reclamo presentado y amparado bajo la póliza de la cual forma parte el presente documento.

Declaración y origen de fondos y aceptación de cláusula.

Certifico que la información brindada en esta solicitud es verídica. Asimismo, comprendo que en caso de no proporcionar la información correcta o si se comprobare que las respuestas no están sujetas a la realidad, las coberturas del seguro contratado se podrían ver afectadas, eximiendo a Crefisa Compañía de Seguros S.A. de toda obligación de indemnizar.

Queda entendido y convenido que la presente Solicitud de Seguro Condiciones Generales; Condiciones Particulares, y Anexos (si los hubiere) forman parte integrante del Contrato de Seguro.

Dado en la Ciudad de _____ el ____ de _____ de _____.

Firma del Solicitante
(Huella digital si no
puede escribir)

Firma del Titular de la póliza
(Huella digital si no puede
escribir)

Firma y Sello
Seguros Crefisa, S.A.

Nombre del Intermediario

Firma del Intermediario

Código No _____

Nombre del Oficial de Negocios

Firma del Oficial del Negocios