

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

Código: SPN-F.GTP-58

A. DATOS DEL ASEGURADO

PARA USO EXCLUSIVO DE LA COMPAÑÍA

Ramo:	Número de solicitud:	Número de póliza:	Código del Contratante:
Seguro de vida <input type="checkbox"/>	_____	_____	
Seguro Médico <input type="checkbox"/>	_____	_____	

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 <input type="checkbox"/> Carnet de residencia <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/>	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 <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Nacionalidad			
1	2	3	
Profesión, ocupación, oficio o actividad económica	Estado civil Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Union libre <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/>		
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 <input type="checkbox"/> L27,000.01 - L53,000.00 <input type="checkbox"/> L53,000.01 - L89,000.00 <input type="checkbox"/> L89,000.01 - L177,000.00 <input type="checkbox"/> L177,000.01 - L442,000.00 <input type="checkbox"/> Mayor a L442,000.01 <input type="checkbox"/>			
¿Ejerce o ha ejercido un cargo público nacional o internacional? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si la respuesta es Si indicar que actividad APNFD realiza:			
APNFD = Actividades y Profesionales No Financieras Designadas.			
¿Cliente es Contratista del Estado? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			

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	

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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Si la respuesta es Si indicar que actividad APNFD realiza:		
APNFD = Actividades y Profesiones No Financieras Designadas.				
¿Cliente es Contratista del Estado? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Cliente es ONG/OSFL? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		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. Vigencia

Desde:	Al medio día	Hasta:	Al medio día
--------	--------------	--------	--------------

V. Información de Otros Seguros

¿Tiene otros seguros con la compañía? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Qué tipo de seguros?	¿Con cuál otra compañía tiene (tenía) seguros?
	¿Qué tipo de seguro?	Sumas aseguradas

B. ESPECIFICACIONES DEL SEGURO**I. Marca con una X el Plan Seleccionado:**

Plan	Esencial <input type="checkbox"/>	Plus	Premium
Vida	L. 200,000.00	<input type="checkbox"/> L. 300,000.00	<input type="checkbox"/> L. 500,000.00
Gastos Médicos	L. 2,000,000.00	<input type="checkbox"/> L. 3,500,000.00	<input type="checkbox"/> L. 5,000,000.00

II. Clasificación de Empleados a Asegurar

Seguro de Vida		Seguro Médico Hospitalario	
No. de Asegurados Titulares		No. de Titulares con dependientes	
		No. de Titulares sin dependientes	

III. Afiliación de Servicios:

Servicio Médico PorSalud	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Servicio de Asistencia Funeraria	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

IV. Formas de Pago Mensual (10 Pagos) Trimestral Semestral Anual**V. 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 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:

Nombre y firma del 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.