

SOLICITUD SEGURO COLECTIVO VIDA | CONTRATANTE

La solicitud deberá ser llenada con letra de molde y sin omitir datos, sin tachaduras, borrones ni manchones.

PARA USO EXCLUSIVO DE MAPFRE				
Código de contratante	Número de solicitud	Vinculación	Fecha de emisión	Número de póliza
			Día - Mes - Año	
A. DATOS GENERALES				
I. DATOS DEL AGENTE DE SEGURO				
Agente		Código del agente		
II. DATOS DEL CONTRATANTE				
DATOS REPRESENTANTE LEGAL				
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido	
Tipo de identificación	Identidad <input type="checkbox"/>	Pasaporte <input type="checkbox"/>	Carné de residencia <input type="checkbox"/>	
No. identificación	RTN	Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento	
		Día - Mes - Año		
Estado civil	S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> UL <input type="checkbox"/>	Género	Masculino <input type="checkbox"/>	Femenino <input type="checkbox"/>
Nacionalidad (es)	Profesión, oficio u ocupación			
1				
2				
Nombre del cónyuge (completo)				
Móvil		Móvil _ 2		
Correo electrónico				
Correo electrónico _ 2				
Lugar de trabajo	Área	Cargo que desempeña	Fecha de ingreso	
			Día - Mes - Año	
Nivel aproximado de ingreso según el salario mínimo mensual vigente				
De 0 - 3 <input type="checkbox"/> De 4 - 6 <input type="checkbox"/> De 7 - 10 <input type="checkbox"/> De 11 - 22 <input type="checkbox"/> De 22- 50 <input type="checkbox"/> De 50 en adelante <input type="checkbox"/>				
Ha desempeñado un cargo público en los últimos cuatro (4) años			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Dirección de residencia del representante legal				
País	Departamento	Municipio	Barrio o colonia	
No. Casa/ lote	Calle(s)	Avenida(s)	Teléfono de la residencia	
DATOS DE PERSONA JURIDICA				
Razón o Denominación Social	Nombre Comercial	RTN/RUC	Fecha de Constitución	
Número de registro de la escritura	Pertenece su empresa a un grupo Financiero o Económico Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
	¿Cuál?			
Tipo de Empresa				
Según la composición de capital	Pública <input type="checkbox"/>	Privada <input type="checkbox"/>	Mixta <input type="checkbox"/>	
Según la actividad económica	Industrial <input type="checkbox"/>	Comercial <input type="checkbox"/>	Transporte <input type="checkbox"/>	
	Construcción <input type="checkbox"/>	Agrícola <input type="checkbox"/>	Civil <input type="checkbox"/>	
	Servicio Financieros <input type="checkbox"/>			

Según la forma jurídica	APNFD <input type="checkbox"/>	Empresas Nacionales con fines de lucro <input type="checkbox"/>	Empresas extranjeras que operan en Honduras <input type="checkbox"/>
	Escuelas Públicas <input type="checkbox"/>	Instituciones sin Fines de Lucro <input type="checkbox"/>	Cooperativas <input type="checkbox"/>
	Embajadas <input type="checkbox"/>	Empresas del Estado <input type="checkbox"/>	
Departamento y/o países en que opera			
Dirección de la oficina principal de la persona jurídica			
País	Departamento	Municipio	Barrio o colonia
No. Casa/ lote	Calle(s)	Avenida(s)	Teléfono de la empresa
Correo electrónico			
III. VIGENCIA DE LA PÓLIZA (Para uso exclusivo de MAPFRE)			
Desde Día - Mes - Año a las 12 meridiano		Hasta Día - Mes - Año a las 12 meridiano	
IV. MONEDA			
Moneda en que se emitirá la póliza		Lempiras <input type="checkbox"/>	Dólares <input type="checkbox"/>
V. ENTREGA DE CORRESPONDENCIA			
Dirección de residencia del contratante / asegurado <input type="checkbox"/>		Dirección laboral del contratante / asegurado <input type="checkbox"/>	
		Correo electrónico <input type="checkbox"/>	
VI. DATOS DE ADMINISTRADOR DE PÓLIZA			
Nombre completo			
Cargo desempeñado		Teléfono	Móvil
B. DATOS DEL RIESGO			
Grupo a asegurar	<p>Deberá estar formado por el 100% de personas elegibles para casos "No Contributorios" y por los porcentajes abajo detallados en caso de ser "Contributorios":</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪80% de participación para grupos iguales o menores a 30 personas ▪70% de participación para grupos mayores a 30 personas <p>Se considera "No Contributorio" cuando el patrono o contratante paga el costo total de la prima y contributivo cuando las personas aseguradas/empleados contribuyen al pago de la prima.</p>		
Bases del seguro	Contributorio <input type="checkbox"/> No contributorio <input type="checkbox"/>		
Obligación laboral	¿Desea que la cobertura del seguro cubra la obligación laboral según los artículos 420 y 430 del código de trabajo ? (únicamente para casos no contributorios)		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Cobertura de vida opcional contributorio (Cubriendo hasta los 70 años de edad)	Cobertura pagada por el empleado mediante deducción por planilla, permitiéndole duplicar la suma asegurada de vida con opción a incluir la cobertura de muerte accidental. Se requiere una participación del 70% de los miembros del grupo asegurado.		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Derecho a la cobertura del seguro. Los nuevos empleados o miembros elegibles para el seguro tendrán derecho al mismo de forma:	<p>Inmediatamente. O sea, a partir de la fecha de empleo o de pertenecer <input type="checkbox"/> a la categoría de miembros asegurados</p> <p>Después de haber cubierto un período continuo de espera de _____ meses <input type="checkbox"/></p> <p>Hasta que sea reportado a la compañía de seguros y aceptado por ésta. <input type="checkbox"/></p>		

	Clase I	Clase II	Clase III	Clase IV
Clasificación de miembros elegibles a incluir en la póliza				
Coberturas básicas				
Muerte por cualquier causa				
Muerte y desmembramiento accidental (doble y triple indemnización)				
Pago anticipado del capital asegurado en caso de incapacidad total y permanente				
Exoneración de pago de primas				
Suicidio, a partir del _____				
Coberturas adicionales				
Anticipo de suma asegurada en caso de enfermedad terminal				
Gastos de repatriación y auxilio funeral				
Asistencia médica en caso de accidente laboral				
Gastos médicos en caso de accidente				
Sumas aseguradas				
En base a _____ veces el salario nominal mensual del empleado				
Suma asegurada máxima				
Suma asegurada mínima				
Igual a una suma nivelada fija de _____				
En base a la suma asegurada reportada por el contratante				
Gastos fúnebres				
Igual a una suma fija adicional de _____				
Igual a un porcentaje del _____ sobre la suma asegurada, con un máximo de: _____				
Empresas afiliadas a incluir en la póliza Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
Nombre de la empresa	RTN de la empresa			
Tarifas	Anual por mil de seguro <input type="checkbox"/>		Según forma de pago <input type="checkbox"/>	
Beneficios y condiciones adicionales				
a. Edad máxima de ingreso, al cumplimiento de los _____ años de edad				
b. Edad máxima de permanencia, al cumplimiento de los _____ años de edad				
_____ años de edad cobertura de vida				
_____ años de edad cobertura de muerte accidental				
_____ años de edad cobertura de PACA				
c. Reducción de suma asegurada al _____, al cumplimiento de los _____ años de edad				
d. El seguro terminara automáticamente en la edad máxima de permanencia establecido en la póliza, por lo tanto en caso de error u omisión , la compañía no asumirá ninguna responsabilidad más que la devolución de las primas cobradas de más.				
e. Número de personas que componen el grupo a asegurar _____ miembros.				
f. La cobertura se otorga las 24 horas del día a nivel mundial dentro y fuera de la ocupación laboral.				
g. Personas que al momento de solicitar la cobertura se encuentren incapacitados o padeciendo una enfermedad grave, serán elegibles una vez recuperen su salud y se reincorporen al trabajo activo.				
h. Se requerirán los exámenes médicos que la compañía establezca, para sumas aseguradas mayores a _____ el costo de los exámenes correrán a cuenta de _____				
i. Continuidad de cobertura para los empleados que inicien con la vigencia de la póliza Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				

I. COBERTURAS, PRIMAS Y DEDUCCIONES

Prima	
Gastos de emisión	
Impuesto	
Prima anual total de seguro	

II. FORMA DE PAGO DE PRIMA

Contado Pago fraccionado TC Debito Automatico Efectivo Cheque Financiamiento

No. Pagos _____ Primer pago de _____ Pagos de _____

C. DECLARACIÓN Y ACEPTACIÓN DE CONDICIONES

Declaro expresamente que:

1. 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.
2. Este formulario únicamente constituye una solicitud de seguros y no representa garantía de que la misma será aceptada por MAPFRE; ni que la misma, en todo caso, será aceptada en los mismos términos solicitados.
3. La información que he suministrado en esta solicitud es veraz y verificable y puede ser confirmada en cualquier momento por esta compañía.
4. Toda la información anterior, ha sido escrita o dictada por mí de acuerdo con mi leal saber y entender, y la misma es la base para que MAPFRE emita la cobertura de seguro solicitada. Así mismo, libero a MAPFRE de toda responsabilidad sobre la cobertura otorgada, en caso de omisiones o declaraciones falsas o inexactas sobre hechos conocidos por mí, que de haber sido debidamente conocidos por MAPFRE hubieran podido influir de modo determinante para que la cobertura solicitada no se suscribiera, o se hubiera suscrito en condiciones distintas.
5. Queda debidamente entendido y aceptado por parte de MAPFRE que el uso de la información obtenida con motivo de esta autorización, está circunscrito estrictamente al proceso de análisis para suscribir o denegar la cobertura solicitada, y el trámite posterior de reclamaciones de derecho si la misma fuera otorgada; por tanto, únicamente podrá ser recopilada, consultada y utilizada por suscriptores de riesgo o analistas de reclamos de MAPFRE, en razón de su naturaleza, MAPFRE deberá garantizar la debida custodia, confidencialidad absoluta y el buen uso de esta información.
6. Acepto el hecho que, de demostrarse falso testimonio en la información aquí presentada, MAPFRE Seguros Honduras, S.A. está facultada a dar por terminado el Contrato de Seguro según se indica en el artículo 1141 del Código de Comercio, sin que esto implique responsabilidad alguna para MAPFRE frente al asegurado.
7. Manifiesto que he leído toda la solicitud, las condiciones generales de la póliza las cuales forman parte íntegra del contrato, y he tomado conocimiento de mi derecho a decidir sobre la contratación del seguro y a la libre elección de la institución aseguradora y estoy de acuerdo con ella.

D. FIRMAS

Firmado en la ciudad de _____, a los _____ día(s) del mes de _____ del año _____

Firma del representante legal

Sello de empresa

Firma del agente

E. DOCUMENTOS ADJUNTOS A LA SOLICITUD

Documentos de Persona Jurídica	Documentos del riesgo por asegurar
<ul style="list-style-type: none"> Copia de identidad del representante legal 	<ul style="list-style-type: none"> Solicitud contratante (firmada y sellada por el representante legal)
<ul style="list-style-type: none"> Copia del RTN del representante legal 	<ul style="list-style-type: none"> Cotización de seguro firmada por oficial de negocio e intermediario
<ul style="list-style-type: none"> Copia del poder de administración del representante legal 	<ul style="list-style-type: none"> *Solicitud individual de seguro debidamente completada por cada persona a asegurar
<ul style="list-style-type: none"> Copia del RTN de la empresa 	<ul style="list-style-type: none"> *Listado de asegurados (Aplica a pólizas con continuidad de cobertura)
Formato política conoce a tu cliente a personas expuestas políticamente	Recibo de pago prima en depósito
Formato del detalle beneficiario finales de persona jurídicas/composición accionaria	Copia de tarjeta de Identidad y/o partida de nacimiento de asegurado (No indispensable)
Certificación de junta directiva que contenga el nombre completo (este documento deberá venir firmado y sellado por el secretario de la junta directiva)	
Inscripción en registro APNFD	
Documentos adicionales de Persona Jurídica	
1. Empresas nacionales con fines de lucro	<ul style="list-style-type: none"> Permiso de operación debidamente inscritas Copia de escritura de constitución y sus reformas debidamente inscritas
2. Empresas extranjeras que operan en honduras	<ul style="list-style-type: none"> Permiso de operación debidamente inscritas Copia de escritura de constitución y sus reformas debidamente inscritas
3. Escuelas públicas	<ul style="list-style-type: none"> Decreto de creación (publicación del diario oficial la gaceta)
4. Asociaciones, clubes, patronatos e iglesias (instituciones sin fines de lucro)	<ul style="list-style-type: none"> Personaría jurídica y estatus vigentes debidamente inscritos, extendidos por la secretaria del interior. Certificación del punto de acta de la elección y copia autenticada de constancia de inscripción en la URSAC. Certificación de registro emitida por la secretaria del interior
5. Cooperativas	<ul style="list-style-type: none"> Copia autenticada de constancia de inscripción URSAC Copia de la certificación aprobada por el consejo nacional superior de cooperativas CONSUCCOOP antes IHDECOOP
6. Embajadas	<ul style="list-style-type: none"> Nombramiento del embajador Copia de acuerdo de existencia de la embajada (entre ambos gobiernos)
7. Empresas del estado (ENEE, SANAA, HONDUTEL, SECRETARIAS, etc)	<ul style="list-style-type: none"> Decreto de creación (publicación del diario oficial la gaceta)