

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

<b>Ramo:</b>	<b>Número de solicitud:</b>	<b>Número de póliza:</b>	<b>Código del Contratante:</b>
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 <b>Si</b> 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 <b>Si</b> 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 <b>Si</b> 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"/>			

**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 <b>Si</b> 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 <input type="checkbox"/>	Premium <input type="checkbox"/>
Vida	L. 200,000.00	L. 300,000.00	L. 500,000.00
Gastos Médicos	L. 2,000,000.00	L. 3,500,000.00	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:**

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