



SEGURO DE VIDA INTEGRAL SOLICITUD DE SEGURO

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

PARA USO EXCLUSIVO DE MAPFRE

Cód. de contratante	No. de solicitud	Vinculación	Fecha de emisión	No. de póliza	Cód. Agente de Venta
			Día - Mes - Año		

A. DATOS GENERALES

I. DATOS DEL AGENTE DE SEGURO

Agente	Código del agente
--------	-------------------

II. DATOS DEL CONTRATANTE

DATOS PERSONA NATURAL

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
Tipo de identificación	Identidad	Pasaporte	Carné de residencia
No. identificación	RTN	Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento
		Día - Mes - Año	
Estado civil	S C D V UL	Género	Masculino Femenino
Nacionalidad (es)	Profesión, oficio u ocupación	Estatura(mts)	Peso(lbs)
1			
2			
Móvil _ 1	Móvil _ 2		
Correo electrónico _ 1			
Correo electrónico _ 2			
Nombre del cónyuge (completo)			
Dirección de residencia del contratante / asegurado			
País	Departamento	Municipio	Barrio o colonia
No. Casa/ lote	Calle(s)	Avenida(s)	Teléfono de la residencia
Detalle el origen de los fondos para contratación del seguro			
¿Es comerciante Individual? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Giro del negocio	
Nombre del negocio (Si aplica)			
Lugar de trabajo	Área	Cargo que desempeña	Tiempo de laborar
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 - 20 <input type="checkbox"/>
		De 21- 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"/>
Detalle el nombre del cargo			
Dirección laboral del contratante / asegurado			
País	Departamento	Municipio	Barrio o colonia
No. Casa/ lote	Calle(s)	Avenida(s)	Teléfono de la empresa
Correo electrónico			

III. VIGENCIA DE LA PÓLIZA			
Desde	Día - Mes- Año	al medio día	Hasta Día - Mes - Año al medio día
IV. MONEDA			
Moneda en que se emitirá la póliza:	Lempiras <input type="checkbox"/>	Dólares estadounidenses	<input type="checkbox"/>
V. PAGO DE INDEMNIZACIÓN			
En caso de pago por reclamación amparada por el contrato de seguro, sírvase completar la siguiente información:			
Institución Financiera		Tipo de Cuenta	<input type="checkbox"/> Cheque <input type="checkbox"/> Ahorro
Número de Cuenta			
Cualquier beneficio que corresponde a un menor de edad, se entregará a			
Nombre completo		Identidad	
VI. INFORMACIÓN DE OTROS SEGUROS			
¿Tiene otros seguros con la compañía?		¿Qué tipo de seguro?	
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
¿Con cuál otra compañía tiene o tenía seguros?		¿Qué tipo de seguro?	
VII. ENTREGA DE CORRESPONDENCIA			
Dirección de residencia del contratante / asegurado <input type="checkbox"/>	Dirección laboral del contratante / asegurado <input type="checkbox"/>	Dirección de la oficina principal de la persona jurídica <input type="checkbox"/>	Correo electrónico <input type="checkbox"/>

B. DATOS DEL RIESGO			
Cobertura: Cobertura Básica	Si	No	Suma asegurada
Muerte por cualquier causa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Coberturas Adicionales: Las cuales generarán un costo adicional para el Asegurado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1) Muerte Accidental y Desmembramiento Accidental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2) Pago anticipado de Capital Asegurado en Caso de Incapacidad Total y Permanente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3) Anticipo de suma en caso de Enfermedades Terminales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4) Canasta Básica por Fallecimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5) Renta Diaria por Hospitalización	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6) Gastos de Repatriación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Beneficiarios designados en caso de muerte:			
Nombre	Parentesco	Porcentaje	
Beneficiarios contingentes:			
Nombre	Parentesco	Porcentaje	

Completar aunque se realice examen médico Según su leal saber y entender algunos de los asegurados propuestos ha informado que ha tenido, cualquiera de los siguientes padecimientos (subraye la parte pertinente que aplique a las respuestas afirmativas) Dar detalles respecto a fechas, diagnósticos, gravedad, síntomas, resultados, nombre y dirección de los médicos tratantes en la parte inferior de la página.	Si	No
1. Tiene usted algún menoscabo de la vista u oído?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Según su leal saber y entender? Ha tenido alguna vez o se ha informado haber tenido: (Subraya la frase pendiente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. ¿Presión arterial elevada, soplos, enfermedad del corazón, dolor alrededor del corazón, angina, ataque del corazón, palpitaciones o cualquier trastorno cardíaco, enfermedad de las arterias coronarias, enfermedades vasculares?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ¿Cáncer, leucemia, linfoma, melanoma, tumor benigno o maligno, quiste y/o, cualquier clase de crecimiento en próstata, sistema genitourinario, piel, mamas, colon y/o de cualquier otro origen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ¿Pleuresía, tuberculosis, esputos sanguíneos, asma, fiebre de heno, cualquier trastorno de pulmones, pecho o vías respiratorias, bronquitis crónica, enfisema, apnea del sueño?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ¿Ataque o trastornos cerebrovascular, parálisis, epilepsia, convulsiones, desmayos, mareos, tensión, o postración nerviosa, depresión, enfermedad de alzheimer, esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson y/o cualquier otro trastorno mental o nervioso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. ¿Fiebre reumática, reumatismo, fiebre inexplicable, artritis, gota, neuritis, ciática o cualquier trastorno de la espalda, columna vertebral, huesos, articulaciones, rodillas o músculos? ¿Pérdida de peso sin motivo, frecuentes sudores nocturnos e inflamación de los ganglios linfáticos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. ¿Diabetes, glicemia elevada, azúcar en la orina, bocio, problemas o síntomas en la tiroides y/o cualquier otra enfermedad o trastorno del metabolismo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. ¿Molestia estomacal, diarreas de larga duración, trastorno intestinal, indigestión, úlceras, hernia, trastorno de vesícula o del hígado, hemorroides, hepatitis (detallar que clase de hepatitis presente), colitis, diverticulosis, pólipos, molestias del recto y/o cualquier otra molestia gastrointestinal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. ¿Nefritis, albúmina en orina, sangre oculta en orina, cálculos en los riñones, vejiga o vías urinarias o cualquier trastorno de los riñones, próstata, testículos o conductos genitourinarios, y/o enfermedades de transmisión sexual?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. ¿Electrocardiogramas, exámenes de rayos x, tratamientos de rayos x o de radio? ¿Por que? (Indique los resultados)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. ¿Según leal saber o entender padece usted ahora algún menoscabo físico, deformidad o padece alguna enfermedad? ¿Hemofilia o algún trastorno de la coagulación de la sangre, anemia falciforme, portadora? ¿Ha donado o recibido transfusiones de sangre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. ¿Ha recibido usted exámenes físicos o chequeos periódicos, o ha estado bajo observación en alguna clínica, o ha recibido o ha sido aconsejado tratamiento médicos o quirúrgico, o alguna prueba de diagnóstico que no ha llevado a cabo, o ha estado recluido en algún hospital fuera de lo declarado aquí?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Tiene alguna operación programada para dentro de los próximos dos(2) años ? En caso afirmativo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brindar fecha, nombre del cirujano y tipo de operación		
4. ¿Ha fumado alguna vez pipa, cigarrillo o utilizado tabaco en cualquier forma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. ¿Cuántos cigarrillos o productos de tabaco fuma o utiliza al día?		
b. Si dejo de fumar o utilizar productos de tabaco, ¿Hace cuánto tiempo?		
5. ¿Ingiere licor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. ¿Con que frecuencia? Diariamente <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/>		
b. ¿Cuántos vasos o copas ingiere?		

c.¿Ha recibido tratamiento debido al uso de licor, drogas o narcóticos? de detalles		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.Se le ha efectuado la prueba del SIDA, ¿Dónde?¿Porqué? De los resultados, de detalles.			
7.Para mujeres: según su leal saber y entender			
a. ¿Esta usted embarazada? Si es así ¿para cuando espera dar a luz?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ¿Ha presentado alguna complicación en su(s) embarazo(s), aborto, parto prematuro o parto por cesárea?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. De ser así, ha habido algún embarazo sin complicaciones desde entonces? De detalles.			
d. Se ha realizado frotis cervical o papanicolau?			
e. Detalle la fecha y el resultado del último del último frotis cervical o papanicolau realizado por usted. Si salió alterado, detalle la causa o diagnóstico.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Si el frotis cervical o papanicolau salió alterado, detalle que tratamiento recibió y que pruebas de seguimiento le han realizado desde entonces.			
g. ¿Ha tenido alguna vez algún tumor maligno o benigno, quiste, o crecimiento de cualquier tipo o enfermedad de las mamas, trompas, ovarios o útero? De detalles		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Detalle de historia familiar			
Escriba en el cuadro siguiente si para alguno de los asegurados propuestos, alguno de los miembros de su familia (padres, hermanos, abuelos) a fallecido o a padecido o se la ha informado que ha tenido diagnósticos, gravedad, síntomas, resultados de enfermedad del corazón, diabetes mellitus, cáncer, tumores de cualquier tipo, enfermedad cerebrovascular. HIV positivo, sida, enfermedad de la sangre o cualquier menoscabo de la salud.			
Parentesco	Edad (Si vive)	Edad (Al fallecimiento)	Causa del padecimiento o del fallecimiento
Cuestionario personal			Si No
1.¿Tiene licencia de piloto?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En caso de ser afirmativo, indique fecha de expedición.			
2.¿Ha piloteado o piensa pilotear alguna aeronave o viaja en aviones que no sean de líneas comerciales autorizadas?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En caso de ser afirmativo, indique fecha de expedición.			
3.¿Maneja moto?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En caso de ser afirmativo, indique fecha de expedición.			
Observaciones			
4.¿Práctica algún deporte?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En caso de ser afirmativo, indique cual(es)			
5.¿Participa o planea participar en carreras de automóviles, motocicletas, paracaidismo, buceo o cualquier otra actividad o deporte arriesgado?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En caso de ser afirmativo, indique cual(es)			

6.¿Ha usted participado o está participando o sospecha que inadvertidamente esta participando, individualmente o en asocio con otras personas en actividades ilícitas o en actividades de lavado o blanqueo de dinero o capitales producto de dichas actividades?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En caso de ser afirmativo, detallar.		
7.¿Ha sido usted o alguno de sus familiares cercanos o amigo(a)s de su círculo íntimo o socio(a)s de negocios o personas con las que mantiene relaciones de negocios, objeto de amenazas (o de intentos) de violencia física o de secuestro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En caso de ser afirmativo, detallar.		
8.¿Se le ha rechazado, deferido, modificado, cancelado en trámite o alguna vez el seguro de vida, contra accidentes, hospitalización y gastos médicos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En caso de ser afirmativo, detallar e indicar compañía, fecha y causa.		
8.¿Se le ha rechazado, deferido, modificado, cancelado en trámite o alguna vez el seguro de vida, contra accidentes, hospitalización y gastos médicos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.¿Está pendiente alguna solicitud o rehabilitación de seguro de vida, contra accidentes o enfermedades en alguna otra compañía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En caso de ser afirmativo, detallar.		
10.¿Médico que visitó la última vez? (Nombre, teléfono y dirección), Motivo de la visita, detallar.		

I. PRIMAS

Prima	
Gastos de emisión	
Impuesto	
Prima anual total de seguro	

II. FORMA DE PAGO DE PRIMA

Contado Pago fraccionado

No. Pagos _____ Primer pago de _____ Pagos de _____

No obstante a la forma de pago arriba descrita de la prima anual total de seguro, la compañía se reserva el derecho de exigir al asegurado el pago del saldo pendiente al ocurrir un siniestro total o parcial.

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 mi, de acuerdo con mi leal saber y entender, y que la misma es la base para que MAPFRE emita la cobertura de seguro solicitado. 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 mi, 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, esta 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 y las condiciones generales de la póliza a través de mi agente de seguros, las cuales formarán parte íntegra del contrato y que 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.
8. Autorizo por este medio a los médicos, laboratorios, clínicas u hospitales que han atendido a mi cónyuge, hijos en lo particular a mi persona en la recuperación de la salud, para que suministren a MAPFRE S.A. las informaciones que ésta requiera en relación al seguro que solicito, relevándolos de cualquier prohibición legal que exista sobre revelación de los datos de sus registros con respecto a mi persona. Queda entendido y convenido que una copia fotostática de esta autorización debe considerarse tan efectiva y válida como original.

D. FIRMAS

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

Firma del asegurado

Firma del agente