



SOLICITUD DE SEGURO PARA
ACCIDENTES PERSONALES MASIVO -
BAC

HN.F.DT.PE.AP2.V1.0

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

A. DATOS GENERALES

I. DATOS DEL CONTRATANTE

DATOS PERSONA NATURAL (Para las personas jurídicas serán las del Representante Legal)

Primer nombre		Segundo nombre		Primer apellido		Segundo apellido	
Fecha de nacimiento				Tipo de identificación		DNI <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Carné <input type="checkbox"/>	
Lugar de nacimiento				No. de identificación			
Nacionalidad				RTN			
Estado civil	S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> UL <input type="checkbox"/>			Profesión			
Género	Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>			Oficio / actividad económica			
No. celular				Ocupación			
Email personal				Nombre completo del conyugue			
Dirección de residencia del contratante / asegurado							
Dirección Completa							
Municipio		Ciudad		Departamento			
País		Teléfono					
¿Depende económicamente de otra persona? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>							
En caso de ser afirmativo, indique el nombre, su relación e identidad:							
Describe el origen de los fondos para contratación del seguro:							
¿Es comerciante individual? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				Giro del negocio			
Nombre del negocio (si aplica)							
Nombre de empresa donde labora							
Tiempo de laborar				Cargo que desempeña			
Teléfono de la empresa				Email laboral			
Dirección de la empresa donde labora:							
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							

II. MONEDA

Moneda en que se emitirá la póliza: Lempiras Dólares

B. COBERTURA

	Plan Plata	Plan Oro	Plan Platino
Muerte Accidental	L. 400,000.00	L. 600,000.00	L. 800,000.00
Gastos Médicos por Accidente	L. 40,000.00	L. 60,000.00	L. 80,000.00
Deducible	L. 500.00	L. 500.00	L. 500.00
PLAN CONTRATADO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C. BENEFICIARIOS

Beneficiario designados en caso de muerte:

Nombre	No. de identidad	Parentesco	% de designación

Beneficiarios contingentes:

Nombre	No. de identidad	Parentesco	% de designación

D. PRIMAS		E. FORMA DE PAGO DE PRIMA	
Prima segun el plan		Contado <input type="checkbox"/>	Pago fraccionado <input type="checkbox"/>
a) Prima Individual		No. de pagos	
b) Prima Familiar		Medios de pago	 Depósito bancario <input type="checkbox"/>
			 Débitos automáticos <input type="checkbox"/>
			 Intra/Extrafinanciamiento <input type="checkbox"/>
			 Link de pago <input type="checkbox"/>

La compañía se reserva el derecho de exigir al asegurado el pago del saldo pendiente al ocurrir un siniestro total o parcial independientemente de la forma de pago arriba descrita de la prima anual total de seguro.

¿Esta exonerado del pago de Impuesto Sobre Ventas? Sí No

G. DECLARACIÓN Y ACEPTACIÓN DE CONDICIONES

Declaro expresamente que:

1. Conozco las condiciones de cobertura, incluyendo las limitaciones y exclusiones declaradas en las Condiciones Generales.
2. La información brindada en esta solicitud es verdadera.
3. He revisado completamente la solicitud y las Condiciones Generales de la póliza, las cuales se integrarán plenamente al contrato. Asimismo, estoy consciente de mi derecho a decidir sobre la contratación del seguro y a elegir libremente la institución aseguradora, y acepto dichas condiciones

H. FIRMAS

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

Firma del contratante

Firma del agente

"Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No. 33/28-08-2025"