

**SEGURO COLECTIVO DE VIDA CON COBERTURAS ADICIONALES
SOLICITUD DEL SEGURO
(SUMAS ASEGURADAS HASTA XX CANTIDAD)**

a) DATOS GENERALES DEL SOLICITANTE:				
Nombres:		Primer apellido:		Segundo apellido:
Lugar de nacimiento:		Fecha de nacimiento:		Edad:
		Día	Mes	Año
				Nacionalidad:
Tipo de identificación: DNI ☐ Pasaporte ☐ Carné de residente ☐			Número de identificación:	
Profesión u oficio:			RTN:	
Estado civil: Soltero ☐		Sexo: Masculino ☐		
Casado ☐ Viudo ☐ Unión Libre ☐		Femenino ☐		
b) DIRECCIÓN DE RESIDENCIA				
País:		Departamento:	Municipio:	Residencial, colonia o barrio:
Calle:		Avenida:	Bloque:	No. casa:
Correo electrónico:		Número de teléfono celular:		Número de teléfono de casa:
Es comerciante individual: Sí ☐ No ☐		Nombre del negocio (si aplica):		Giro del negocio:
Nombre de lugar de trabajo:		Cargo que desempeña:		Tiempo de laborar:
Salario mensual:			Suma Asegurada:	

BENEFICIARIOS:

No.	Nombre Completo	DNI	Parentesco	% Distribución
1				
2				
3				
4				
5				

DECLARACION DE SALUD.

Estatura _____ **Mts.** **Peso** _____ **Lbs.**

Manifiesto que conozco y acepto las condiciones de la póliza que se adjuntan a esta solicitud y declaro que me encuentro en buen estado de salud y que no padezco ni me ha sido diagnosticada ninguna enfermedad renal, cardiovascular, cerebrovascular, hipertensión, cáncer, SIDA, cirrosis y/o cualquier enfermedad terminal. Declaro también que mi habilidad física no se encuentra limitada y que no padezco de paraplejía, tetraplejía, sordera, ceguera, epilepsia, diabetes, apoplejía, ataque de delirium tremens, síncope, vértigo o enfermedades mentales y acepto que de padecer alguna de las enfermedades mencionadas anteriormente no

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro
POL GPU No.xx/xx-xx-2026.

tendré derecho a ninguno de los beneficios o coberturas descritos en la póliza de seguro del cual forma parte la presente solicitud de seguro, y autorizo a los médicos, hospitales, clínicas y laboratorios que me han atendido o donde se han realizado exámenes o pruebas, para que suministren las informaciones y todos los datos e informes que se les requieran sobre mi estado de salud a **SEGUROS E INVERSIONES HONDURAS, S.A.**, quien se encuentra facultada a efecto de que antes o después de cualquier siniestro compruebe reticencias, omisiones o falsas declaraciones incurridas por el suscrito en la presente solicitud o en la documentación que la sustente, cometidas incluso por terceros, otorgándole por ende el derecho a **SEGUROS E INVERSIONES HONDURAS, S.A.**, para declinar cualquier reclamo en el seguro del cual forma parte integrante la presente solicitud. Esta solicitud constituye por si misma, una autorización suficiente en el sentido y con los alcances antes indicados, para médicos, hospitales, clínicas y laboratorios. Queda entendido y convenido que una fotocopia de esta autorización deberá ser considerada tan efectiva y válida como el original.

En caso de padecer alguna enfermedad favor brindar detalles a continuación:

El solicitante del seguro declara y garantiza a la Aseguradora que ésta puede confiar en la información incluida en esta Solicitud y otros documentos (entre otras, la información de identificación) que la Aseguradora solicite razonablemente en relación con el Contrato de Seguros. Asimismo, garantizo que las declaraciones hechas y proporcionadas son verdaderas y que no se ha ocultado o suprimido ninguna información, por lo que estoy de acuerdo en aceptar una póliza sujeta a los términos, exclusiones y condiciones que en ella se indican, y estoy de acuerdo con que esta Solicitud constituya la base y forme parte de la póliza extendida en relación con el riesgo mencionado más arriba.

Asimismo, acepto y entiendo que las declaraciones inexactas y las reticencias del solicitante del seguro, relativas a circunstancias tales que la Aseguradora no habría dado su conocimiento o no la habría dado en las mismas condiciones si hubiese conocido el verdadero estado de las cosas, serán causa de anulación del contrato, cuando el Contratante haya obrado con dolo o culpa grave de conformidad con el Artículo 1141 del Código del Comercio vigente.

En la ciudad de _____ a los ____ días del mes de _____ del _____.

Firma del Solicitante

Aprobado