

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

a) DATOS GENERALES DEL SOLICITANTE:				
Nombres:		Primer apellido:		Segundo apellido:
Lugar de nacimiento:		Fecha de nacimiento:		Edad:
		Día	Mes	Año
Tipo de identificación: DNI ☐ Pasaporte ☐ Carné de residente ☐		Número de identificación:		RTN:
Profesión u oficio:	Estado civil: Soltero ☐ Casado ☐ ☐ Viudo ☐ Unión Libre ☐		Sexo: Masculino ☐ 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				

DECLARACIONES DE SALUD

Estatura: _____ Mts. Peso: _____ Lbs.

- Nombre del Médico que atiende o ha atendido a la familia: _____.
- Clínica u hospital donde el solicitante o algún miembro del grupo familiar ha estado internado en los últimos cinco años, indicando quién, cuándo, causa del ingreso y resultado del tratamiento _____.

- 3.- ¿Está (la titular, la esposa o compañera de vida) embarazada o se sospecha que lo esté?
_____.
- 4.- ¿Ha tenido (la titular, la esposa o compañera de vida) algún tumor o enfermedad de los senos, el útero, la matriz o los ovarios?: Detalle: _____
_____.
- 5.- ¿Ha tenido (la titular, la esposa o compañera de hogar permanente) complicaciones o se le ha practicado operación cesárea en sus partos? _____
_____.
- 6.- ¿Ha sido sometido Ud. o algún miembro de su grupo familiar a alguna operación quirúrgica? Diga SI o NO y en caso afirmativo, detalle le nombre de la operación, cirujano que la practicó, la fecha y el nombre del familiar _____
_____.
- 7.- ¿Usted o algún miembro de su grupo familiar, se ha hecho algún examen, radiografía, electrocardiograma, análisis de orina, etc.? Diga qué clase, cuándo y resultado: _____
_____.
- 8.- ¿Usted o algún miembro de su grupo familiar, está tomando alguna medicina? Diga para qué, quién lo recetó y el nombre de la medicina? _____

_____.
- 9.- ¿Está en perspectiva alguna operación, enfermedad manifiesta o en estado de evolución? Si la respuesta es afirmativa, favor detalle el nombre de la persona y el padecimiento:

_____.

DECLARACIONES DE SALUD

¿Usted o algún miembro de su grupo familiar padece o ha padecido en los últimos dos años, de alguna de las siguientes enfermedades o síntomas?	Escriba SI o NO a cada pregunta. En caso afirmativo, indique el nombre de la persona respectiva, la fecha del padecimiento, la clase de enfermedad, el nombre del Médico que lo atendió.
a) ¿Enfermedad del corazón, presión arterial alta o baja, anemias, mareos, angina de pecho, venas varicosas u otras enfermedades del aparato circulatorio?	
b) ¿Tos crónica, Pleuresía, Tuberculosis, asma, u otras enfermedades del aparato respiratorio?	
c) ¿Gota, reumatismo, ciática, enfermedades de los huesos, articulaciones, o músculos?	
d) ¿Hernia, enfermedades del estómago? Intestino, recto, hígado o vesícula?	
e) ¿Vértigos, epilepsia, parálisis, agotamiento nervioso u otras afecciones del sistema nervioso?	
f) ¿Diabetes, enfermedades del riñón, vejiga u órgano genitales?	
g) ¿Bocio, tumores, úlceras, cálculos, cáncer, o cualquier otro crecimiento anormal?	
h) ¿Cualquier otra enfermedad, síndrome o diagnóstico clínico no mencionado anteriormente?	

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.

También autorizo a los Médicos, hospitales, Clínicas o Laboratorios que me han atendido en la recuperación de mi salud o la de mis familiares, para que suministren a SEGUROS E INVERSIONES HONDURAS, S.A., las informaciones que ésta requiera en relación al seguro que solicito, relevándolos de toda prohibición que exista sobre la revelación de los datos contenidos en sus registros respecto a mi persona o a la de mis familiares. Queda entendido y convenido que una copia fotostática de esta autorización deberá ser considerada tan efectiva y válida como el original.

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

Firma del Solicitante

Aprobado