

SEGURO COLECTIVO DE VIDA CON COBERTURAS ADICIONALES

FORMATO DE CONSENTIMIENTO DEL ASEGURADO

Yo, _____, en mi calidad de solicitante del seguro, pido ser incorporando en la Póliza de Seguro de Vida Colectivo No. _____, cuyo contratante es _____, emitida por **SEGURO E INVERSIONES HONDURAS, S.A.**, por estar de acuerdo con las condiciones del seguro, que estoy enterado de los alcances de las coberturas y exclusiones, y precisamente por estar de acuerdo con las mismas, DOY MI CONSENTIMIENTO parte ser incorporado dentro del grupo asegurado de la póliza antes mencionada, de conformidad a lo siguiente:

a) DATOS GENERALES:			
Nombres:	Primer apellido:	Segundo apellido:	Apellido de casada:
Lugar de nacimiento:	Fecha de nacimiento: Día Mes Año	Edad:	Nacionalidad:
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 ☐	
Nombre del cónyuge:		DNI del Cónyuge:	
b) DIRECCIÓN DE RESIDENCIA DEL ASEGURADO			
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:	

CARACTERÍSTICAS DEL SEGURO

--

c) Firmas

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