

CERTIFICADO INDIVIDUAL DE LA PÓLIZA "SEGURO ESTUDIANTE"
Seguro Colectivo de Gastos Médicos por Accidente y Vida

PÓLIZA No. _____ Consentimiento-Certificado Individual No. _____

CONTRATANTE: _____

Me adhiero a la solicitud de seguro para ser incluido como asegurado en la Póliza del Seguro Colectivo de Gastos Médicos por Accidente y Vida, para lo cual suministro los siguientes datos personales:

1. Nombres y Apellidos del Estudiante: _____
2. Fecha de nacimiento del Estudiante: _____ 3. Edad del Estudiante: _____
4. Nombres y Apellidos del (padre, madre o tutor legal): _____
5. R.N.P. (padre, madre o tutor legal) _____ 6. Estado Civil _____
7. Fecha de nacimiento: _____ 8. Edad: _____ años. 9. Sexo M _____ F _____
10. Ocupación _____ 11. Teléfono casa y oficina: _____
12. Dirección: _____
13. Municipio: _____ 14. Departamento _____
15. Fecha de ingreso al seguro _____
16. Facturar a: _____ 17. R.T.U.: _____
18. Correo electrónico: _____

PROGRAMA DE BENEFICIOS PARA EL ESTUDIANTE, PADRES O TUTOR LEGAL

ASEGURADO	COBERTURA OTORGADA	NOMBRE COMPLETO DEL ASEGURADO	SUMA ASEGURADA	PRIMA ANUAL

ANEXOS- COBERTURAS ADICIONALES PARA EL ESTUDIANTE, PADRES O TUTOR LEGAL

ASEGURADO	COBERTURA OTORGADA	NOMBRE COMPLETO DEL ASEGURADO	SUMA ASEGURADA	PRIMA ANUAL

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS (padre, madre o tutor legal)

NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	R.N.P.	%

En caso ocurriere el fallecimiento de algún beneficiario antes que el del (padre, madre o tutor legal), la parte correspondiente a dicho beneficiario se distribuirá entre los restantes.

DECLARACIÓN DE SALUD DEL PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL

- A. Padece alguna enfermedad actualmente NO SÍ
B. En los últimos doce meses ha estado bajo tratamiento médico NO SÍ
C. Tiene alguna incapacidad física para el desempeño normal de su trabajo NO SÍ

En caso afirmativo de alguna de las preguntas anteriores, indique padecimiento, nombre y dirección del médico o la clase de incapacidad: _____

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 o SIDA. También declaro que mi habilidad física no se encuentra limitada y no padezco de paraplejia, cuadraplejia, sordera, ceguera, epilepsia, diabetes, hepatitis, cirrosis, apoplejía, vértigo o enfermedades mentales y reconozco que de padecer alguna de las enfermedades mencionadas anteriormente, durante los dos primeros años de vigencia no tendré derecho a ningún beneficio descrito en el Programa de Beneficios, de este certificado, quedando como única obligación de la Compañía la devolución de primas.

Autorizo a los médicos y hospitales que me han atendido a suministrar a la Compañía los datos que posean de mi estado de salud. Seguros Banrural Honduras, S. A. se reserva todos los derechos que puedan asistirle en caso de que antes o después de mi fallecimiento se comprobare que esta declaración no corresponde a la verdad.

Seguros Banrural Honduras, S.A. pagará las sumas aseguradas que se indican para cada cobertura y de acuerdo con lo que se estipula en las condiciones generales de la póliza. El pago se hará a los beneficiarios designados por el asegurado después de recibir pruebas de la realización de la eventualidad prevista en este certificado, siempre y cuando el seguro respectivo se encuentre en vigor. El incumplimiento en el pago de la prima convenida en los certificados o anexos que se emitan con fundamento en la póliza producirá la terminación automática del seguro. Se entenderá que existe incumplimiento del pago de la prima cuando transcurridos treinta (30) días de finalizado cada periodo mensual, trimestral o anual amparado, no hubiere sido pagada la prima de seguro correspondiente al siguiente periodo.

COMO ASEGURADO DE LA PÓLIZA COLECTIVA INDICADA ANTERIORMENTE AUTORIZO AL CONTRATANTE PARA QUE SE HAGA EL CARGO A MI CUENTA O CUALQUIER OTRA CUENTA QUE POSEA CON FONDOS DISPONIBLES; POR EL IMPORTE DE LA PRIMA CORRESPONDIENTE.

DEPÓSITOS MONETARIOS DEPÓSITOS DE AHORRO TARJETA DE CRÉDITO

Se firma el presente Certificado Individual en _____ a los _____ días del mes de _____ de _____.

Nombre del Cuentahabiente o Tarjetahabiente (si es diferente al Asegurado): _____

Seguros Banrural Honduras, S. A.

Asegurado (Padre, Madre o Tutor Legal)

Cuentahabiente o tarjetahabiente

RNP: _____

RNP: _____

