SEGURO COLECTIVO DE VIDA
SOLICITUD PARA INSCRIPCIÓN EN SEGURO

De acuerdo con las condiciones de la Póliza No. _____ de SEGURO COLECTIVO DE VIDA, emitida a nombre de _____ con R.T.N. _____ se solicita inscribir como asegurado a _____ quien ingresó el _____ de _____ del _____ y con remuneración de _____ por mes. La suma asegurada correspondiente es de _____.

_____ de_____ del _____

_____
Firma Autorizada para Contratar

I. DATOS DEL ASEGURADO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres

Lugar de Nacimiento	Fecha de Nacimiento	Edad	Nacionalidad
	Día___ Mes___ Año____		

Número de Identificación y R.T.N. (Anexar copia)	Tipo de Identificación
	Tarjeta de Identidad _____ Pasaporte _____ Carne de Residente_____

Sexo	Estado Civil	Nombre Completo del Cónyuge o Pareja
M_____ F_____	S_____ C_____ V_____ UL_____	

Dirección Completa de Residencia:		
Departamento:	Municipio:	
Ciudad:	Barrio o Colonia:	
Teléfono de Residencia:	Celular No.:	Correo Electrónico:
Profesión, Ocupación o Actividad Económica:		
Dirección Completa de la Empresa donde Labora:		
Tiempo de laborar en la empresa:	Cargo que desempeña:	
Teléfono de Trabajo	Correo Electrónico:	
¿Mantiene pólizas suscritas con esta u otra(s) aseguradora(s)? (Especifique: Nombre de la Aseguradora, tipo de seguro, suma asegurada)		

II. ANTECEDENTES DE SALUD

a) Peso (en lbs) _____ Estatura (en mts) _____

b) ¿Padece el solicitante o le ha sido diagnosticado o está en tratamiento de las siguientes enfermedades?

1. Tumores o Cáncer	SI___ NO___	8. Diabetes Mellitus	SI___ NO___
2. Enfermedades del corazón	SI___ NO ___	9. Enfermedades Pulmonares	SI___ NO___
3. Infartos	SI___ NO___	10. Derrame Cerebral	SI___ NO___
4. Presión Arterial Alta	SI___ NO___	11. Tiene Pendiente alguna Operación	SI___ NO___
5. Insuficiencia Renal	SI___ NO___	12. Está bajo Tratamiento Médico	SI___ NO___
6. SIDA	SI___ NO___	13. Otras Enfermedades	SI___ NO___
7. Enfermedades Mentales	SI___ NO___		

SI CUALQUIERA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES ES AFIRMATIVA, DETALLE:

PREGUNTAS	ENFERMEDAD, DOLENCIA, FECHA Y TRATAMIENTO

III. BENEFICIARIOS EN CASO DE MUERTE

PRINCIPALES

NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	DISTRIBUCIÓN

SEGURO COLECTIVO DE VIDA
SOLICITUD PARA INSCRIPCIÓN EN SEGURO

CONTINGENCIA (En caso de no existir los beneficiarios principales al momento del fallecimiento)

NOMBRE	PARENTESCO	DISTRIBUCIÓN

En conformidad al Artículo 1141 y 1143 del Código de Comercio.

El abajo firmante declara que los datos aquí consignados son verdaderos y exactos y que no ha omitido, desvirtuado, ni ocultado antecedentes médicos y conviene en que las respuestas anteriores forman parte de la Solicitud de Seguros, y si en base de las mismas se emitiere cobertura, esta será nula y quedará sin efecto si hay omisión, inexactitud o falsedad en las declaraciones anteriormente dadas, también acepta que en el caso de que hubiere respuesta afirmativa, la Compañía se reservará el derecho a solicitar pruebas adicionales de asegurabilidad de acuerdo con sus normas de selección así como de emitir o no la cobertura correspondiente que estará sujeta a aceptación expresa de la Compañía.

Con la consecuente suspensión o pérdida de los derechos de indemnización del solicitante o del beneficiario en su caso.

BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, Yo, el abajo firmante, autorizo por este medio, aun en caso de mi muerte, al Instituto Hondureño de Seguridad Social, o a cualquier clínica, hospital, médico, paramédico, laboratorio o cualesquiera otras personas para que proporcione a SEGUROS ATLANTIDA, S.A. información sobre mi salud, o antecedentes, incluyendo copia de las historias clínicas sobre mi salud.

Nombre y Firma del Solicitante _____ Fecha: Día_____ Mes_____ Año_____