

## SOLICITUD DE SEGURO VIDA INDIVIDUAL MÁS VIDA TEMPORAL ANUAL RENOVABLE

Este documento solo constituye una solicitud de seguro y por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la Aseguradora.

### I. DATOS GENERALES DEL ASEGURADO

<b>Primer Apellido</b>	<b>Segundo Apellido</b>	<b>Primer Nombre</b>	<b>Segundo Nombre</b>
<b>No. De RTN (Anexar Copia)</b>	<b>No. De Identificación (Anexar Copia)</b>		<b>Tipo de Identificación:</b>
			Tarjeta de identidad <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Carné de Residente <input type="checkbox"/>

### II. DATOS COMPLEMENTARIOS

1. Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_
2. Ingresos Mensuales L \_\_\_\_\_
3. ¿Mantiene pólizas suscritas con esta u otra(s) aseguradora(s)? (Especifique: Nombre de la Aseguradora, tipo de seguro, suma asegurada) \_\_\_\_\_
4. ¿Practica algún deporte o afición?  
\_\_\_\_\_
5. Datos de la cobertura:

INICIO DE LA VIGENCIA: ___(día)_____(mes) 20___(año)		MONEDA: _____
Temporal Anual Renovable		
<b>SEGURO DE VIDA</b>	<b>SUMA ASEGURADA</b>	
A) Cobertura de Fallecimiento		
B) Cobertura de Gastos Fúnebres		
C) Cobertura de Gastos de Repatriación		
<b>COBERTURAS ADICIONALES</b>		
A) Indemnización por Muerte Accidental		
B) Adelanto por Pérdidas Orgánicas o Miembros Corporales		
C) Muerte Accidental en Edificios Públicos		



D) Muerte en Accidentes de Tránsito		
E) Adelanto por Invalidez Total y Permanente a causa de Accidente o Enfermedad		
F) Gastos de Escolaridad por Fallecimiento		
G) Canasta Básica por Fallecimiento		
<b>COBERTURAS OPCIONALES ESPECIALES</b>		
Anexo I Renta Diaria por Hospitalización		
Anexo II Enfermedades Graves y Trasplantes		

**6. BENEFICIARIOS**

Identidad No.	Nombre	Dirección	Parentesco	Porcentaje

**7. BENEFICIARIOS CONTINGENTES**

Identidad No.	Nombre	Dirección	Parentesco	Porcentaje

Queda perfectamente entendido y convenido que el Asegurado tiene la facultad de nombrar o modificar los beneficiarios consignados en el presente certificado en cualquier tiempo, sin embargo, esta gestión debe efectuarse por vía escrita.

**8. BENEFICIARIOS IRREVOCABLES**

Llenar en caso de que el seguro sea para respaldar un crédito:



Nombre	Institución	Porcentaje

**Observaciones del Asegurado sobre la designación de Beneficiarios Irrevocables:** Si el presente seguro ha sido cedido en garantía al o los Beneficiarios Irrevocables designados, automáticamente se está traspasando los derechos del Asegurado y Beneficiarios a los Beneficiarios Irrevocables inscritos.

**Si los derechos del Beneficiario Irrevocable fueron menores a la Suma Asegurada, los remanentes serán pagados a los beneficiarios designados e inscritos en la póliza**

**9. PRIMAS**

PRIMA TOTAL: \_\_\_\_\_ FRECUENCIA DE PAGO: \_\_\_\_\_ MODO DE PAGO: \_\_\_\_\_

**10. DECLARACIÓN DE SALUD**

Fumador: SI  NO       Estatura: \_\_\_\_\_ (mts.)      Peso: \_\_\_\_\_ (libras)

**11. ¿Padece el solicitante o le ha sido diagnosticado o está en tratamiento de las siguientes enfermedades?**

- 1. Tumores o Cáncer Sí  No
- 2. Enfermedades del Corazón Sí  No
- 3. Infartos Sí  No
- 4. Hipertensión Arterial Sí  No
- 5. Insuficiencia Renal Sí  No
- 6. SIDA Sí  No
- 7. Diabetes Mellitus Sí  No
- 8. Enfermedades Pulmonares Sí  No
- 9. Derrame Cerebral Sí  No
- 10. Enfermedades Mentales Sí  No
- 11. Tiene Pendiente alguna Operación Sí  No
- 12. Tiene Pendiente alguna Operación Sí  No
- 13. Está bajo Tratamiento Médico Sí  No

\*Si ha respondido SI a alguna de las preguntas anteriores amplíe información a continuación:

No. de Pregunta	Fecha	Información (Información sobre enfermedad, fecha y tratamiento)



Favor indicar Fecha de última visita al médico y nombre del médico y hospital:

Fecha: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_

Clínica: \_\_\_\_\_

¿Ha estado hospitalizado? SI  NO  Fecha: \_\_\_\_\_

Causa: \_\_\_\_\_

¿Ha solicitado algún seguro de vida que haya sido denegado por alguna Aseguradora? SI  NO

Detalles: \_\_\_\_\_

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 emitiera 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 hubiera respuesta afirmativa, la Aseguradora 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 Aseguradora.

BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, Yo, el abajo firmante, autorizo por este medio, aún 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 proporcionen a SEGUROS ATLANTIDA, S.A. información sobre mi salud, o antecedentes, incluyendo copia de las historias clínicas sobre mi salud.

Queda entendido y convenido que la presente solicitud forma parte integrante del Contrato de Seguros, así mismo hago constar que he recibido las Condiciones Generales de la póliza a emitirse.



Nombre y Firma del solicitante \_\_\_\_\_ Fecha de solicitud \_\_\_\_\_