

**SOLICITUD DE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES-
DÓLARES**

PROPUESTO ASEGURADO PRINCIPAL

1. a) Primer Apellido (o Soltera)		Segundo Apellido (o de casada)		b) Nombre(s)		c) País de Nacimiento	
d) Documento Nacional de Identificación		e) Estado Civil ☐ Casado ☐ Viudo ☐ Separado ☐ Divorciado ☐ Unidos		f) Nacionalidad		g) Sexo ☐ M ☐ F	
h) Fecha de Nacimiento DD MM AAAA		i) Edad		j) Dirección Residencial (Calle, N° de Casa, Barrio)		k) Ciudad	
l) Departamento		m) Código Postal		n) Correo Electrónico (E-Mail)		o) Teléfono (Código, ciudad y Número)	
p) Países donde tiene residencia legal		2. a) Nombre de la empresa donde trabaja (Indique si es Profesional Independiente)		b) Naturaleza del(los) negocio(s)		c) Ocupación Actual	
d) Dirección de la Empresa		e) Ciudad		f) Departamento		g) Código Postal	
h) Teléfono del Negocio (Código, ciudad y Número)		i) Ingreso Anual Lps. _____		j) Página Web			
3. a) Descripción de funciones y responsabilidades (Relacionadas a la Ocupación)							
c) Lugares donde viaja y total de tiempo que viaja anualmente: Lugares _____ ☐ Aviones Comerciales ☐ Aviones Privado ☐ Vehículos							
4. Enviar Avisos de Prima a: ☐ Dirección residencial ☐ Dirección Comercial ☐ Contratante ☐ Pagador Con suministrar su correo electrónico estará autorizando a Pan-American Life Insurance de Honduras, S.A. a enviarle comunicaciones comerciales y de servicio.)							

INFORMACIÓN DEL ☐ CONTRATANTE O ☐ PAGADOR (SI DIFIERE DEL PROPUESTO ASEGURADO)

5. a) Primer Apellido (o nombre de la persona jurídica)		Segundo Apellido (o de casada)		b) Nombre(s)		c) Sexo ☐ M ☐ F		d) Fecha de Nacimiento DD MM AAAA	
e) Dirección Residencial (o comercial)		f) Ciudad		g) Código Postal		h) País		i) Teléfono (Código país, ciudad y N°)	
j) Relación con Propuesto Asegurado		k) Documento Nacional de Identificación		l) Salario Anual L. _____		m) Correo Electrónico			

BENEFICIARIOS DEL PROPUESTO ASEGURADO PRINCIPAL

6. a) Nombre Completo de Beneficiarios Primarios (*)	Fecha de Nac. DD MM AAAA	N° y tipo de Documento	Parentesco	Porcentaje
b) Nombre Completo de Beneficiarios Contingentes (*)	Fecha de Nac. DD MM AAAA	N° y tipo de Documento	Parentesco	Porcentaje

(*) En caso de Beneficiarios Menores de Edad: En evento de mi fallecimiento antes de su mayoría de edad, nombro como administrador a:

Nombre	Fecha de Nac. DD MM AAAA	N° y tipo de Documento	Parentesco	Edad

Quien ha sido debidamente instruido por mi persona para administrar el producto de esta póliza a favor del(los) menor(es) antes mencionado(s) hasta que cumplan la mayoría de edad. No obstante, lo antes indicado, autorizo a la Compañía a pagar el beneficio del seguro a quien tenga la patria potestad del(los) menor(es) designado(s) como beneficiario(s) en los siguientes casos: (1) Cuando la persona nombrada como administrador no acepte sus designaciones; (2) En la eventualidad que la Compañía reciba documentación que sustente que el administrador tiene un impedimento judicial o de salud para ejercer su cargo. Entiendo y acepto que la Compañía no asume responsabilidad alguna, ni tiene la obligación de fiscalizar y/o supervisar la administración o el uso que la(s) persona(s) arriba señalada(s) de(n) a la indemnización producto del presente seguro.

COBERTURA BÁSICA		SUMA ASEGURADA \$
MUERTE ACCIDENTAL		

COBERTURAS ADICIONALES	DEDUCIBLE %	SUMA ASEGURADA \$
DESMEMBRACION ACCIDENTAL - DÓLARES		
INDEMNIZACIÓN DIARIA POR INCAPACIDAD PERMANENTE O PARCIAL -Dólares		
REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE- DÓLARES		
REEMBOLSO DE GASTOS FUNERARIOS POR ACCIDENTE		
INDEMNIZACIÓN ADICIONAL POR MUERTE ACCIDENTAL EN TRANSPORTE		
MUERTE ACCIDENTAL EN TRANSPORTE PRIVADO -DÓLARES		
RENTA ADICIONAL MENSUAL POR MUERTE ACCIDENTAL DEL ASEGURADO TITULAR – Dólares		
RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN -Dólares		
ENFERMEDADES GRAVES		
INDEMNIZACIÓN POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ENFERMEDAD Y/O ACCIDENTE		

Prima inicial \$:

EVIDENCIAS DE ASEGURABILIDAD

11. a) Estatura

cm

pie/pulg.

b) Peso

kg

lbs.

c) Índice de masa corporal (si lo conoce):

12. Proporcione detalles para todas las respuestas afirmativas:

Sí

No

a) ¿Ha sido rechazada, pospuesta, aceptada con recargo, modificada en modo alguno una solicitud o rehabilitación de un Seguro de Vida, Accidente o Gastos médicos?

b) ¿Hay alguna otra solicitud de seguro de vida, accidentes o gastos médicos pendiente, contemplada o que piensa tomar en otra Compañía?

c) ¿Qué deporte practica:

Vuelos Privados

Carrera de autos o motocicleta

Paracaidismo

Atletismo

Ski acuático

Alpinismo

Buceo

Otro

d) ¿En sus labores o prácticas deportivas se pone en peligro su integridad física?

e) ¿Son los seguros de indemnización por incapacidad bajo todas las pólizas que usted tiene o está solicitando superior al 75% de sus ingresos?

f) ¿Planea usted vivir fuera de su país de residencia en los próximos 12 meses?

Detalles:

ANTECEDENTES DE SALUD

Sí

No

13 A su leal saber y entender, ha estado en tratamiento, o se le indicado alguna vez que padece o ha padecido de las siguientes condiciones médicas o sus síntomas?

a) ¿Tiene usted alguna discapacidad física o mental?

b) Durante los últimos cinco (5) años, ¿ha estado incapacitado durante 30 o más días consecutivos?

c) ¿Tiene usted síntomas sin explicación médica de pérdida de peso, diarrea, mareos, ganglios inflamados o alguna lesión en la piel?

d) ¿En los últimos cinco (5) años ha padecido de algún trastorno o enfermedad que haya requerido hospitalización o tratamiento de 15 o más días?

e) ¿Ha sido tratado alguna vez por presión arterial alta, trastornos respiratorios o tos crónica, trastornos alimenticios, úlceras o sangrado del tubo digestivo, pancreatitis, enfermedades de la sangre o sistema linfático, lupus, trastornos nerviosos o neurológicos, parálisis, colesterol elevado, enfermedad del sistema inmunológico o cualquier otra enfermedad seria?

f) ¿Ha tenido alguna operación quirúrgica en los últimos cinco (5) años o le han indicado que debe realizarse una intervención?

g) ¿Está actualmente tomando algún medicamento para cualquier tipo de enfermedad o trastorno?

h) ¿Su padre, madre, hermanos o hermanas han sufrido de enfermedad del corazón, enfermedad circulatoria, cáncer, diabetes, trastornos de los riñones, hígado o enfermedades hereditarias antes de los 65 años de edad? En caso afirmativo, indique a qué edad fueron diagnosticados.

Porfavor indique detalles de las preguntas contestadas afirmativamente, identificandola preguntay subrayando los puntos o patologías correspondientes,e indique fechay tipode diagnóstico, tratamientos recibidos,duración de losmismos y fecha en que fue dado dealta.Proporcioneel nombre,dirección,teléfono y correoeléctronico del médico y hospital.

Inciso

Prop. Asegurado

Diagnóstico y tratamiento de enfermedades o chequeos.

Nombre/dirección/email/teléfono de médicos/hospitales

Fechas

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No. 49/23-11-2023

FIRMAS				
Por el presente convengo en que: Para transacciones con una prima o precio mayor o igual a diez mil dólares o el equivalente en Lempiras (\$10,000.00), se elabora un perfil financiero en un formato proporcionado por la Compañía. El Propietario de cualquier póliza emitida en virtud de esta solicitud, será el Contratante si fuese distinto del Propuesto Asegurado y este último en caso contrario. Por la presente autorizo a cualquier médico, hospital, clínica, Compañía de Seguros u otra institución o persona privada o gubernamental que tenga conocimiento de cualesquiera registros de mi persona, dependientes o beneficiarios según el caso, para que pueda dar cualquier información solicitada por Pan-American Life Insurance Company, Honduras. También autorizo a Pan-American Life Insurance Honduras, así como cualesquiera de sus subsidiarias, afiliadas o empresas relacionadas, a fin de que investigue, obtenga, revele y transmita a cualesquiera agentes o entidades captadores de información de crédito, toda la información relativa a mi historial de crédito, así como al de la sociedad que represento, si fuere el caso. En la ciudad de Tegucigalpa MDC., _____ de _____ 2023				
Firma del Propuesto Asegurado			Firma del Gerente General de Pan American Life Insurance Company, Honduras	

RECIBO CONDICIONAL

PAN-AMERICAN LIFE INSURANCE COMPANY SUCURSAL HONDURAS.

ESTE RECIBO DEBE ADJUNTARSE A LA SOLICITUD A MENOS QUE SE HAYA RECIBIDO UN PAGO DE PRIMA
CON LA SOLICITUD (en cuyo caso, queda en poder del Propuesto Asegurado)

Por la presente acusamos RECIBO de la suma de _____ en concepto de Prima por el
Seguro o Seguros solicitado(s) sobre la vida de _____ para el (los) cual(es) se ha
completado una solicitud Seguro de Accidentes Personales de Pan-American Life Insurance Company Sucursal Honduras., en uno de sus formularios impresos
que lleva la misma fecha que este Recibo, y que está sujeto a los términos y condiciones estipulados por la Compañía.

Fecha en _____ el _____ de _____ de _____.

Agente Autorizado

Representante de Pan-American Life Insurance Company Sucursal Honduras.

CONVENIO DE SEGURO CONDICIONAL

Incontestabilidad, Edad y Suicidio:

Este seguro condicional está sujeto a las mismas limitaciones y condiciones que se encuentran en la póliza solicitada.

El Seguro Condicional caducará cuando ocurra la primera de las siguientes condiciones:

1. Pasar 60 días contados a partir de la fecha de la solicitud; o
2. Aprobación o rechazo por parte de la Compañía de la solicitud a la cual se adjunta este recibo. En caso de caducidad o rechazo se devolverá el importe de la prima pagada a la Compañía.

El Seguro Condicional no entrará en vigor en caso de:

1. Falta por parte del Propuesto Asegurado de suministrar datos, u otros requisitos solicitados por la Compañía;
2. La prima recibida junto con la solicitud para cubrir las retenciones y deducciones resulta insuficiente aplicables al plan de seguro solicitado de acuerdo con la edad y salud de Propuesto Asegurado.
3. Pagar la prima que acompañe la solicitud con un cheque que no sea pagadero a Pan American Life Insurance Company Sucursal Honduras

Condiciones Esenciales para que exista Seguro Condicional:

1. En la fecha efectiva de la solicitud, el Propuesto Asegurado tiene que haber sido aceptable como riesgo asegurable a tarifa normal en los términos y bajo las condiciones del plan de seguro solicitado, sin modificación alguna, de acuerdo con el reglamento y las prácticas de suscripción de riesgos de la Compañía;
2. Este recibo no puede haber sufrido alteración o modificación alguna; y
3. Que la prima haya sido pagada. Si el pago se hizo a través de cheque, el mismo haya sido cobrado sin contratiempo. Si el cheque no es pagado por el banco, esta condición será considerada como no cumplida.

Término Máximo del Seguro Condicional:

Sesenta (60) Días a partir de la fecha de la solicitud, o fecha en que se entrega la póliza al dueño, la que ocurra primero.

PAN-AMERICAN LIFE INSURANCE COMPANY SUCURSAL HONDURAS