

Póliza \_\_\_\_\_

Cliente No. \_\_\_\_\_

Usuario: \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado:		Tarjeta de Identidad No.:
Fecha de nacimiento:	Edad:	Estado Civil:
Dirección:		Ciudad:
Teléfono:	E-mail:	Ocupación:

Solicito mi inclusión como Asegurado en la Póliza de Seguro Colectivo de Vida Atlántida Plus con la cobertura de Muerte por Causa Natural, Doble Indemnización por Muerte Accidental y Gastos Fúnebres por un valor de:

PLAN	A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
Suma Asegurada L.	100,000.00	200,000.00	300,000.00	500,000.00	1,000,000.00
Gastos Fúnebres 10%	10,000.00	20,000.00	30,000.00	50,000.00	100,000.00

DOBLE INDEMNIZACION POR MUERTE ACCIDENTAL

Autorizo al Contratante debitar mi cuenta de cheques, ahorro o tarjeta de crédito según la periodicidad y el plan escogido

Prima Mensual  Prima Anual  Valor de la Prima L. \_\_\_\_\_ No. de Cuenta o tarjeta: \_\_\_\_\_**BENEFICIARIOS:**

En caso de fallecimiento del Asegurado el importe de la Suma Asegurada se pagará a las personas que el Asegurado designe a continuación:

(Son de libre designación y con carácter gratuito)

Nombres y Apellidos	Edad	Parentesco	%

Nombres y Apellidos	Edad	Parentesco	%

**Beneficiarios de Contingencia**

Nombres y Apellidos	Edad	Parentesco	%

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

Por medio de la presente solicitud, libre y espontáneamente doy mi consentimiento para ser Asegurado en la póliza "Vida Atlántida Plus" expedida por Seguros Atlántida, S.A.

## ANTECEDENTES DE SALUD

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

- |  |                             |                             |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| - Habilidad Física Limitada                  | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| - Cáncer                                     | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| - Tuberculosis                               | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| - Afecciones Cardiacas                       | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| - Enfermedad Crónica Grave                   | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| - Enfermedades Cardiovasculares              | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| - Insuficiencia Renal                        | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| - SIDA                                       | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| - Tumores de Seno, o del cuello de la matriz | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| - Ataques epilépticos                        | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| - Sincopes                                   | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| - Estado de Perturbación mental              | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| - Accidentes Cerebrovasculares               | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| - Diabetes Mellitus Tipo 2                   | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| - Alcoholismo y/o Drogadicción               | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

### Declaraciones del Asegurado

1. Declaro que lo anotado en esta solicitud es verídico, que la actividad a que me dedico es normal y que no genera riesgo o peligro contra mi vida.
2. Si padezco de alguna de las enfermedades mencionadas anteriormente, no tendré derecho a ningún beneficio descrito en el Certificado Individual y Condiciones Particulares de la póliza, quedando como obligación de la Aseguradora únicamente la devolución de primas.
3. Como Asegurado de la Póliza de Vida "VIDA ATLANTIDA PLUS", autorizo al Contratante debitar de mi cuenta de cheques, ahorros o tarjeta de crédito, según la periodicidad seleccionada, de acuerdo con mi edad y el plan escogido.
4. La cobertura se renovará automáticamente de acuerdo con la modalidad de pago de la prima, a no ser que una de las partes manifieste lo contrario con treinta (30) días de anticipación. Si es por parte del Asegurado, deberá entregar el original del Certificado Individual o solicitar la cancelación por escrito.
5. Declaro tener pleno conocimiento que como persona asegurada no puedo estar cubierto bajo mas de una póliza de "VIDA ATLANTIDA PLUS", en caso de tener más de una póliza, la Aseguradora considerará que estoy únicamente asegurado bajo la primera póliza que haya sido emitida. SEGUROS ATLANTIDA, S.A. devolverá cualquier pago de primas que haya hecho por duplicado.

Firma del Asegurado:

Lugar y Fecha:

**Seguros Atlántida, S.A.** conviene en amparar a las personas aseguradas de acuerdo a las Condiciones Generales de la póliza, siempre y cuando la póliza y el Certificado Individual se encuentren en vigor al momento de ocurrir el riesgo cubierto.

Edades de aceptación – La edad mínima de aceptación será de **dieciocho (18) años**, mientras que la edad máxima de aceptación será de **sesenta y cuatro (64) años**. La edad máxima de permanencia en este seguro es de **sesenta y cinco (65) años**, esta edad aplica para todas las coberturas.

Seguros Atlántida, S.A. Edificio SONISA, apartado postal 3373 Tegucigalpa, M.D.C, Honduras, C.A., Teléfono 2232-4014

