

SOLICITUD DE SEGURO COLECTIVO DE VIDA ATLÁNTIDA PLUS
CONTRATANTE: BANCO ATLÁNTIDA, S.A.

Nombre del Asegurado:		Tarjeta de Identidad No.:	
Fecha de nacimiento:	Edad:	Estado Civil:	
Dirección:			
Ciudad:	Teléfono:	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 <input type="checkbox"/>	Prima Anual <input type="checkbox"/>
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	Parentesco	%

Nombres y Apellidos	Parentesco	%

Beneficiarios de Contingencia

Nombres y Apellidos	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 No
- Cáncer Sí No
- Tuberculosis Sí No
- Afecciones Cardiacas Sí No
- Enfermedad Crónica Grave Sí No
- Enfermedades Cardiovasculares Sí No
- Insuficiencia Renal Sí No
- SIDA Sí No
- Tumores de Seno, o del cuello de la matriz Sí No
- Ataques epilépticos Sí No
- Síncopes Sí No
- Estado de Perturbación mental Sí No
- Accidentes Cerebrovasculares Sí No
- Diabetes Mellitus Tipo 2 Sí No
- Alcoholismo y/o Drogadicción Sí No

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.
- 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.
2. 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.
3. 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.
4. 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 ATLÁNTIDA, 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 18 años, mientras que la edad máxima de aceptación será de 64 años. La cobertura de Muerte por causa natural puede ser renovada hasta la edad de 80 años.

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



ORIGINAL – ASEGURADO



Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No.8/03-04-2019.