

SEGURO COLECTIVO DE MUERTE Y DESMEMBRACIÓN ACCIDENTAL-DÓLARES SOLICITUD DE SEGURO

Inicio de Vigencia: _____
 Solicito mi incorporación a la Póliza de Seguro N° _____, Certificado N° _____, contratada por _____ emitida por **PAN-AMERICAN LIFE INSURANCE**, sucursal Honduras.

Nombre completo del Asegurado: _____
Puesto que desempeña dentro de la empresa: _____
Fecha de empleo: _____
Nombre del contratante: _____
Salario nominal mensual: _____
Sucursal, planta o departamento: _____
Estado civil: _____
Número de identificación: _____ **Fecha de Nacimiento:** ____/____/____ **Sexo:** M ____ F ____
Dirección de Domicilio: _____
Nacionalidad: _____ **Teléfono:** _____ **email:** _____

Coberturas y Beneficios:

Cobertura:	Suma Asegurada
a) Muerte Accidental	
b) Desmembración Accidental	
c) Doble indemnización por pérdidas en accidentes calificados	

DETALLE DE LA PRIMA

Código

NOMBRE DE LOS BENEFICIARIOS

NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	NUMERO DE IDENTIFICACION	% DE PARTICIPACION

DECLARACION:

Declaro explícitamente que los recursos que poseo así como mi profesión, mi actividad u oficio son lícitos y ejerzo dentro de los marcos legales, asimismo están regidos por lo que estipula en las leyes de nuestro país; Consiento que de comprobarse que las condiciones confirmadas por mi persona voluntariamente en el párrafo anterior no están ajustadas a la realidad, La Compañía está facultada para excluir, declinar o cancelar la cobertura, y se eximirá de toda obligación de indemnizar de acuerdo a las condiciones del contrato.

Lugar y fecha:

Firma del Asegurado