

DATOS DEL ASEGURADO PERSONA NATURAL			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre	Apellido de casada (si aplica)
Lugar de Nacimiento	Fecha de Nacimiento	Nacionalidad	
Número de Identificación	Ocupación		
Género	Estado Civil	Teléfono	
Dirección completa	Departamento	Municipio	
COBERTURAS Y LÍMITES		PLAN	
A) Muerte por cualquier causa			
DECLARACIÓN DE SALUD DEL ASEGURADO			
A. ¿Cáncer, tumores o quistes, melanoma, displasia de cuello uterino moderada o severa, epitelomas u otro tipo de enfermedad oncológica?			
B. ¿Derrame cerebral, aneurisma, malformaciones arteria-venosa, epilepsia, parálisis, hipertensión arterial, colesterol o triglicéridos elevados, arritmia, angina de pecho, infarto al miocardio u otra enfermedad cardiovascular o cerebrovascular?			
C. ¿Diabetes, insuficiencia renal, agenesia renal o glomerulonefritis?			
D. En los últimos doce meses ha estado bajo tratamiento médico			
E. Tiene alguna incapacidad física para el desempeño normal de su trabajo			
En caso afirmativo de alguna de las preguntas anteriores, indique padecimiento, nombre y dirección del médico tratante o la clase de incapacidad:			
DESIGNACION DE BENEFICIARIOS			
NOMBRE	IDENTIDAD	PARENTEZCO	% sobre 100%

COBROS

PERIODICIDAD DE PAGO	
MENSUAL	
TRIMESTRAL	
ANUAL	

MEDIO DE PAGO
DÉBITO A CUENTA

COBRO: Después de firmado el certificado y colocado el seguro se realizará el débito a cuenta de acuerdo al monto y la periodicidad pactada. El débito de la primera cuota será realizado durante el día que se adquirió el seguro, si no es posible realizar el débito, el seguro será automáticamente cancelado, suspendiendo toda cobertura descrita en este certificado.

De la segunda cuota en adelante, los intentos de débito a la cuenta serán por sesenta (60) días calendario acumulando las cuotas vencidas, si no es posible realizar el débito de ninguna de las cuotas, el seguro será automáticamente cancelado, suspendiendo toda cobertura descrita en este certificado.

Aprobado por Seguros
Banrural Honduras S.A

Revisado