

**SEGURO COLECTIVO DE VIDA BANCO AZTECA VIDA TRANQUILIDAD  
 SOLICITUD DE SEGURO**

Inicio de Vigencia: \_\_\_\_\_

Vencimiento: \_\_\_\_\_

Solicito mi incorporación a la Póliza de Seguro, contratada por Banco Azteca de Honduras, S.A. emitida por **PAN-AMERICAN LIFE INSURANCE**, sucursal Honduras.

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_  
 Tarjeta de Identidad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo: M \_\_\_\_ F \_\_\_\_  
 Dirección de Domicilio: \_\_\_\_\_  
 Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ email: \_\_\_\_\_  
 Profesión, ocupación o actividad económica: \_\_\_\_\_ Nivel aproximado de ingresos mensual: \_\_\_\_\_  
 Lugar de trabajo: \_\_\_\_\_ Procedencia de los recursos \_\_\_\_\_

**Coberturas, Beneficios y Primas:**

Descripción de Coberturas	Plan 1 Plan individual	Plan 2 Plan Familiar	Plan 3 Plan Padres
o Muerte por cualquier causa del Titular	L 30,000	L 30,000	L 30,000
o Auxilio Adicional de Gastos Funerarios por fallecimiento por cualquier causa del Cónyuge	-	L 30,000	-
o Servicio Funerario - Ver detalle	Titular	Titular + Pareja + hasta 2 hijos	Titular + padres
Asistencias telefónicas: Apoyo Psicológico del Dolor y Espiritual (Superación del Duelo) y Asistencia Testamentaria	Incluido	Incluido	Incluido
<b>Prima anual</b>	<b>L. 560</b>	<b>L. 1,555</b>	<b>L. 2,260</b>

**Aclara**

**Declaración de Salud**

¿Padece o ha padecido de enfermedades o lesiones, adolece de algún defecto mental o físico o se le ha sugerido algún tratamiento por enfermedades del corazón, hígado, diabetes, cáncer, pulmones, riñones, sida, accidentes cerebrovasculares? Si | No

**Beneficiario del Seguro de Vida:**

Nombre \_\_\_\_\_ porcentaje: \_\_\_\_\_

**Especificar Grupo Familiar (Planes B y C):**

NOMBRE COMPLETO	Parentesco (Cónyuge, hasta dos (2) hijos, padres)	Edad

**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; que actualmente gozo de buenas condiciones de salud, estado físico y no tengo ninguna enfermedad preexistente o grave. 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

