

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

Inicio de Vigencia: _____

Vencimiento: _____

Solicito mi incorporación a la Póliza de Seguro N° _____, 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: _____

NOMBRE DE LA PERSONA DESIGNADA PARA EL BENEFICIO DE GASTOS DE REPATRIACIÓN:

Parentesco: _____

Coberturas, Beneficios y Primas:

Cobertura	<input type="checkbox"/> Opción 1 Plan Anual	<input type="checkbox"/> Opción 2 Plan Semestral
Suma asegurada Muerte por cualquier causa	L 50,000	L 25,000
Repatriación de restos mortales: • Hasta US\$15.000 desde Estados Unidos, México, El Salvador o Guatemala (máxima por evento) • Hasta US\$20.000 desde Canadá u otro país (máxima por evento)	Incluida	Incluida
Prima	L 635 (anual)	L 425 (semestral)

NOMBRE DE BENEFICIARIOS DEL SEGURO DE VIDA

NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	% de participación

Declaración de Salud

1. ¿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

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

