

**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
<b>Suma asegurada Muerte por cualquier causa</b>	<b>L 50,000</b>	<b>L 25,000</b>
<b>Repatriación de restos mortales:</b>		
• Hasta <b>US\$15.000</b> desde Estados Unidos, México, El Salvador o Guatemala (máxima por evento)	<b>Incluida</b>	<b>Incluida</b>
• Hasta <b>US\$20.000</b> desde Canadá u otro país (máxima por evento)		
<b>Prima</b>	<b>L 635 (anual)</b>	<b>L 425 (semestral)</b>

**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

