

**SEGURO FUNERARIO
SOLICITUD DE SEGURO**

Entiendo y acepto que este documento sólo constituye una solicitud de seguro, por lo que no representa garantía alguna de que será aceptada por Seguros Atlántida, S.A., ni de que en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

Nombre del Asegurado:		Tarjeta de Identidad No.:	
Fecha de nacimiento:	Edad:	Estado Civil:	
Dirección:			
Ciudad:	Teléfono:	Ocupación:	

Solicito la emisión de una Póliza de Seguro Funerario con la cobertura de Servicios de Funerarios y Desamparo Súbito:

RANGO DE EDAD 18-65	RANGO DE EDAD 66-95
COBERTURAS	COBERTURA
Desamparo Súbito:	Asistencia Funeraria
Asistencia Funeraria	

Moneda L. \$.

Autorizo a Banco Atlántida, S.A. debitar mi cuenta de cheques, ahorro o tarjeta de crédito según la periodicidad y el plan escogido Prima Mensual <input type="checkbox"/> Prima Anual <input type="checkbox"/> Valor de la Prima L _____ No. de Cuenta o tarjeta: _____

BENEFICIARIOS PARA LA COBERTURA DE DESAMPARO SÚBITO:

En caso de fallecimiento del Asegurado (**Desamparo Súbito**) el importe de la Suma Asegurada se pagará a las personas que el Asegurado designe a continuación: (Son de libre designación y con carácter gratuito)

Nombres y Apellidos	Parentesco	%

Nombres y Apellidos	Parentesco	%

Beneficiarios de Contingencia

Nombres y Apellidos	Parentesco	%

Queda perfectamente entendido y convenido que el Asegurado tiene la facultad de nombrar o modificar los beneficiarios consignados en la presente solicitud en cualquier tiempo, sin embargo, esta gestión debe efectuarse por vía escrita.

Por medio de la presente solicitud, libre y espontáneamente doy mi consentimiento para ser Asegurado en la póliza "Seguro Funerario" expedida por Seguros Atlántida, S.A.

DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS:**a) SERVICIOS FUNERARIOS**

Beneficios ofrecidos:

1. Trámites legales ante las autoridades competentes.
2. Traslados a salas de velación, iglesia y cementerio en la ciudad de destino.
3. Servicio de Tanatopraxia: preparación del cuerpo.
4. Proveer al beneficiario de un cofre de corte lineal.
5. Utilización de salas de velación hasta por veinticuatro (24 horas en la ciudad requerida o servicio de velación a domicilio)
6. Decoración de salas de velación con arreglos florales.
7. Celebración de servicio religioso.
8. Entrega de un libro recordatorio con aspectos relacionados a asistencia a las honras.
9. Servicio de Inhumación o camposanto. (Solamente incluye cementerios de un (1) nivel en Honduras)

FALLECIMIENTO POR ENFERMEDAD O CAUSA NATURAL

1. Tendrá cobertura parcial los primeros ciento veinte (120) días de vigencia donde solo cubrirá el fallecimiento a causa de accidente
2. Los fallecimientos por demás causas diferente a muerte accidental tendrá cobertura a partir del día ciento veintiún (121), excepto suicidio que cubrirá luego de dos (2) años.

Fallecimiento por accidente:

Es cubierto desde el primer (1) día de vigencia de la póliza.

NOTA: Esta cobertura no aplica para reembolso, únicamente se prestarán los servicios arriba descritos.

b) DESAMPARO SÚBITO

La suma asegurada de este beneficio se pagará a los Beneficiarios cuando el fallecimiento del Asegurado se produce a consecuencia directa de lesiones producidas por un accidente ocurrido dentro de la vigencia de la póliza, el fallecimiento debe darse en un plazo no mayor a ciento ochenta (180) días calendarios contados a partir de la fecha del siniestro

ANTECEDENTES DE SALUD

¿Padece el solicitante o le ha sido diagnosticada o está en tratamiento de las siguientes enfermedades?

- | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| – Cáncer | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| – Enfermedades Cerebrovasculares | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| – Insuficiencia Renal | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| – Infarto al Miocardio | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| – SIDA | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| – Maneja Motocicleta | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| – ¿Tiene en perspectiva someterse a alguna operación quirúrgica en un futuro próximo? Especifique _____ | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| – ¿Se le ha rechazado algún seguro o padece de alguna enfermedad o lesión que amerite tratamiento médico? Explique _____ | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

Declaraciones del Asegurado

1. Declaro que lo anotado en esta solicitud es verídico, que la actividad a que me dedico es normal y que no genera riesgo o peligro contra mi vida.

Si padezco de alguna de las enfermedades mencionadas anteriormente, no tendré derecho a ningún beneficio descrito en las Condiciones Particulares de la póliza, quedando como obligación de la Aseguradora únicamente la devolución de primas.

2. Como Asegurado de la Póliza de Seguro Funerario, autorizo al Contratante debitar de mi cuenta de cheques, ahorros o tarjeta de crédito, según la periodicidad seleccionada, de acuerdo con mi edad y el plan escogido.

3. La cobertura se renovará automáticamente de acuerdo con la modalidad de pago de la prima, a no ser que una de las partes manifieste lo contrario con treinta (30) días de anticipación. Si es por parte del Asegurado deberá solicitar la cancelación por escrito.

4. Declaro tener pleno conocimiento que como persona asegurada no puedo estar cubierto bajo más de una póliza de Seguro Funerario, en caso de tener más de una póliza, la Aseguradora considerará que estoy únicamente asegurado bajo la primera póliza que haya sido emitida. **Seguros Atlántida, S.A.** devolverá cualquier pago de primas que haya hecho por duplicado.

5. Autorizo a los médicos o facultativos que me han examinado y a los hospitales o instituciones de salud, a que suministren información completa, (incluyendo copias de sus archivos) en relación con esta solicitud a Seguros Atlántida, S.A.

6. Además manifiesto que me han sido explicadas amplia y detalladamente las cláusulas que rigen mi contrato a partir del momento que sea emitido por la Aseguradora.

Firma del Asegurado:

Lugar y Fecha:

Seguros Atlántida, S.A. conviene en amparar a las personas aseguradas de acuerdo a las Condiciones Generales de la póliza, siempre y cuando la póliza se encuentre en vigor al momento de ocurrir el riesgo cubierto.

Edades de aceptación – La edad mínima de aceptación será de dieciocho (18) años, mientras que la edad máxima de aceptación será de sesenta y cuatro (64) años con once (11) meses y veintinueve (29) días. La edad de permanencia para la cobertura de Fallecimiento es de noventa y cinco (95) años y para la cobertura de Desamparo Súbito es de sesenta y cinco (65) años.

Seguros Atlántida, S.A. Edificio SONISA, apartado postal 3373 Tegucigalpa, M.D.C, Honduras, C.A., Teléfono 2232-4014