

SEGURO DE MIGRANTES 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 de Migrantes con la cobertura de Servicios de Repatriación y Fallecimiento por un valor de :

PLAN	A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>
Suma Asegurada de Fallecimiento	XXXX	XXXX	XXXX
Servicios de Repatriación	AMPARADO	AMPARADO	AMPARADO

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 _____	No. de Cuenta o tarjeta: _____

BENEFICIARIOS PARA LA COBERTURA DE FALLECIMIENTO:

En caso de fallecimiento del Asegurado el importe de la Suma Asegurada se pagará a las personas designadas 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 de Migrantes” expedida por Seguros Atlántida, S.A.

DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS:

a) SERVICIOS DE REPATRIACIÓN DE RESTOS

Beneficios ofrecidos:

1. Trámites legales, consulares y traslados del cuerpo desde USA, MÉXICO, CANADÁ, ESPAÑA y REPÚBLICA DOMINICANA.
2. Preparación del cuerpo, embalsamiento y tanatopraxia.
3. Proveer un féretro hermético para la repatriación.
4. Funda de protección para el revestimiento del féretro para transporte aéreo.
5. Embalaje especial del féretro para el transporte aéreo.
6. Traslados del aeropuerto hasta el lugar de velación.
7. Trámites legales de aduana para la entrega del cuerpo en el aeropuerto de Honduras.
8. Transporte aéreo del cuerpo a Honduras.
9. Traslado del cuerpo a cualquier ciudad de Honduras.

FALLECIMIENTO POR ENFERMEDAD O CAUSA NATURAL

1. Tendrá cobertura parcial los primeros veinte (20) 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 veintiún (21), excepto suicidio que cubrirá luego de dos (2) años.

Fallecimiento por accidente:

Es cubierto desde el primer día de vigencia de la póliza.

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

b) FALLECIMIENTO

La Aseguradora se compromete a pagar a los Beneficiarios la suma asegurada de esta cobertura, cuyo monto se indica en las Condiciones Particulares de la póliza, en caso de que ocurra el fallecimiento del Asegurado, durante la vigencia de la póliza.

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"/> |

- ¿Tiene en perspectiva someterse a alguna operación quirúrgica en un futuro próximo? Sí No
Especifique _____
- ¿Se le ha rechazado algún seguro o padece de alguna enfermedad o lesión que amerite tratamiento médico? Sí No
Explique _____

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 de Migrantes, 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 de Migrantes.

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 con 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 Fallecimiento es de setenta (70) años.

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