

SOLICITUD DE SEGURO

La solicitud deberá ser llenada con letra de molde y sin omitir datos, sin tachaduras, borrones ni manchones.

I. DATOS DEL ASEGURADO

DATOS PERSONA NATURAL

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido

Tipo de identificación	Identidad ()	Pasaporte ()	Carne de residencia ()
No. identificación	Fecha de nacimiento		Lugar de nacimiento
Día- Mes- Año			
Estado civil	S () C () D () V () UL ()	Género	Masculino () Femenino ()

BENEFICIARIOS EN CASO DE FALLECIMIENTO

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo Apellido	Porcentaje

Cobertura Básica:	
Muerte Accidental	
Coberturas Adicionales	
Pago anticipado de capital Asegurado en caso de Incapacidad Total y Permanente	
Renta Dária por Hospitalización	
Gastos Médicos por Accidente	

II. DECLARACIÓN Y ACEPTACIÓN DE CONDICIONES

Declaro expresamente que:

1. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro de los marcos legales y los recursos que poseo, no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el código penal hondureño.
2. Este formulario únicamente constituye una solicitud de seguros y no representa garantía de que la misma será aceptada por MAPFRE; ni que la misma, en todo caso, será aceptada en los mismos términos solicitados.
3. La información que he suministrado en esta solicitud es veraz y verificable y puede ser confirmada en cualquier momento por esta compañía.
4. Toda la información anterior, ha sido escrita o dictada por mi, de acuerdo con mi leal saber y entender, y que la misma es la base para que MAPFRE emita la cobertura de seguro solicitado. Así mismo, libero a MAPFRE de toda responsabilidad sobre la cobertura otorgada, en caso de omisiones o declaraciones falsas o inexactas sobre hechos conocidos por mi, que de haber sido debidamente conocidos por MAPFRE hubieran podido influir de modo determinante para que la cobertura solicitada no se suscribiera, o se hubiera suscrito en condiciones distintas.
5. Queda debidamente entendido y aceptado por parte de MAPFRE que el uso de la información obtenida con motivo de esta autorización, esta circunscrito estrictamente al proceso de análisis para suscribir o denegar la cobertura solicitada, y el trámite posterior de reclamaciones de derecho si la misma fuera otorgada; por tanto, únicamente podrá ser recopilada, consultada y utilizada por suscriptores de riesgo o analistas de reclamos de MAPFRE, en razón de su naturaleza, MAPFRE deberá garantizar la debida custodia, confidencialidad absoluta y el buen uso de esta información.
6. Acepto el hecho que, de demostrarse falso testimonio en la información aquí presentada, MAPFRE Seguros Honduras, S.A. está facultada a dar por terminado el Contrato de Seguro según se indica en el artículo 1141 del Código de Comercio, sin que esto implique responsabilidad alguna para MAPFRE frente al asegurado.
7. Manifiesto que he leído toda la solicitud y las condiciones generales de la póliza a través de mi agente de seguros, las cuales formarán parte íntegra del contrato y que he tomado conocimiento de mi derecho a decidir sobre la contratación del seguro y a la libre elección de la institución aseguradora y estoy de acuerdo con ella.

E.FIRMAS

Firmado en la ciudad de _____, a los _____ día(s) del mes de _____ del año _____

Firma del Asegurado

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros Según Resolución Registro POL GPU No. 31/27-04-2022