

**I.- DATOS GENERALES**

Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre		Apellido de casada	
Lugar de Nacimiento:				Fecha de Nacimiento			Edad:		Nacionalidad:
				Día:	Mes:	Año:			
Tipo de identificación		Número de identidad		Número de RTN:					
Tarjeta de identidad <input type="checkbox"/>	Pasaporte <input type="checkbox"/>	Carné de residente <input type="checkbox"/>							
Es Zurdo?: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Maneja Avión: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Deportes que Practica:					
Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Estado Civil S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> U.L. <input type="checkbox"/>		Nombre completo del cónyuge o Pareja:					
Dirección completa de residencia incluyendo Departamento y Municipio:									
Teléfono de Residencia:			Teléfono Celular:				Fax No.:		
Correo electrónico:					Profesión, ocupación, oficio o actividad económica:				
Nombre y Giro del Negocio (Si aplica):									
Nombre de la empresa donde labora:			Posición /Cargo que desempeña:			Tiempo de laborar en la empresa:			
Dirección completa de la empresa donde labora incluyendo Departamento y Municipio:									
Teléfono del trabajo:		Fax No.:		Correo electrónico:			Sitio web:		
Especificar detalladamente la fuente de ingreso y/o origen de los recursos:			Nivel aproximado de Ingreso según el Salario Mínimo mensual vigente (SMMV) en Lps.:						
			De 0-10,000.00 <input type="checkbox"/> De 10,000.01-15,000.00 <input type="checkbox"/> De 15,000.01-30,000.00 <input type="checkbox"/> De 30,000.01-40,000.00 <input type="checkbox"/>						
			De 40,000.01-80,000.00 <input type="checkbox"/> De 80,000.01-100,000.00 <input type="checkbox"/> De 100,000.01 en Adelante <input type="checkbox"/>						
Ha Desempeñado un Cargo Público en los últimos cuatro (4) años? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Nombre de la Institución?									
Realiza usted Actividades y Profesiones No Financieras Designadas (APNFD)? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si su respuesta es Si entregar constancia de la CNBS.									
Actúa usted por cuenta propia? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si su respuesta es No en Nombre de quién?									

**II.- DIRECCIÓN DE COBRO**

 Los cobros se realizarán en: Domicilio  Lugar de trabajo 

Barrio o Colonia		Calle o Avenida		Bloque	
Casa No.		Ciudad o Municipio		Departamento	
Otra Referencia					
Teléfono		Fax No.		E-Mail	
				Apdo. Postal	

**III.- VIGENCIA**

 Duración: \_\_\_\_\_ Desde \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ a las 12:00m Hasta: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ a las 12:00m  
 Día Mes Año Día Mes Año

**IV.- BENEFICIARIOS O ACREEDORES (anotar nombre completo, en letra molde)**
**1.- PRINCIPALES**

No	Nombre Completo	Tipo y Número de Identificación	Dirección de Domicilio	Nacionalidad	Teléfono	Parentesco	Porcentaje
1							
2							
3							
4							

**2.- DE CONTINGENCIA (EN CASO DE NO EXISTIR A MI FALLECIMIENTO LOS BENEFICIARIOS PRINCIPALES)**

No	Nombre Completo	Tipo y Numero de Identificación	Dirección de Domicilio	Nacionalidad	Teléfono	Parentesco	Porcentaje
1							
2							

**3.- TUTOR DE BENEFICIARIOS MENORES DE 21 AÑOS**

No	Nombre Completo	Tipo y Número de Identificación	Dirección de Domicilio	Nacionalidad	Teléfono	Parentesco	Porcentaje
1							
2							

**V.- COBERTURA Y CALCULO DE PRIMA**

 MONEDA: LPS: 

 US\$: 

No.	Coberturas	Suma Asegurada	Prima Neta
A	<b>Coberturas Básicas:</b> I. Muerte Accidental. II. Accidentes de Aviación Comercial. III. Extensión de la cobertura.		
B	<b>Coberturas Adicionales:</b> I. Incapacidad Total y Permanente		
	II. Incapacidad Temporal		
	III. Reembolso de Gastos Médicos		
		<b>Total Suma a Asegurar</b>	
		<b>Prima Neta</b>	
		<b>Gastos de Emisión</b>	
		<b>Prima Anual</b>	

**VI.- FORMA DE PAGO**

 Anual:     Semestral:     Trimestral:     Otros:     Especifique:

**VII.- INFORMACION ADICIONAL**

a) Mantiene pólizas suscritas con esta u otra(s) aseguradora(s)?, (especifique: nombre de la aseguradora, tipo de seguro, suma asegurada)

b) Las personas aquí descritas están o han estado asegurados con otra compañía de seguros? Cuando? Suma Asegurada?, Con qué Compañía SI     NO

c) Le han rechazado, cancelado o aceptado algún seguro bajo condiciones especiales? Explique: SI     NO

d) Ha tenido algún siniestro en los últimos 3 años?  SI     NO    A cuanto ascendió la pérdida?, Causas?

e) Se dedica a operaciones especulativas o ilícitas	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Detalle:
f) Ha estado alguna vez sujeto a proceso judiciales	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Detalle
g) Si es comerciante, Detalle			
h) Viaja Constantemente	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Con que Frecuencia
i) Viaja en Avión	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Tipo de Avión

<b>Riesgos Especiales</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
a) Practica Fútbol, béisbol, baloncesto, esquí acuático, polo, pesca, rodeo, rugby, boxeo		
b) Viaja en aeronaves privadas		
c) Conduce motonetas, motocicleta acuática		
<b>Estado de Salud</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
a) ¿Se encuentra usted perfectamente sano?		
b) ¿Ha sufrido algún accidente de consecuencias graves?		
<b>¿Padece o ha padecido de enfermedades crónicas o graves tales como:</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
a) Ataques, convulsiones, ceguera total o parcial.		
b) Enfermedades del corazón, epilepsia, parálisis del riñón.		
c) Sordera, sordomudo, tuberculosis, o sífilis.		
d) Tiene mutilaciones, deformaciones o defectos físicos.		
e) Anemia perniciosa, aneurismas, angina de pecho.		
f) Apoplejía, arteriosclerosis, ataxia locomotriz, bocio tóxico.		
g) Cáncer y tumores malignos, diabetes, drogas (efecto de drogas).		
h) Enfermedades crónicas gastrointestinales.		
i) Enfermedades del cerebro, del corazón, de la espina dorsal.		
j) Gibosis (joroba, corcova, curvatura de la espina dorsal).		
k) Glaucoma, gota, hipertensión o hipotensión arterial.		
l) Leucemia, locura (parkinsonianos, melancólicos, etc.)		
m) Enfermedades mentales.		
n) Mal de Bright, Nefritis crónica.		
o) Ulcera, uremia, vértigos o desmayos.		
p) Neurastenia.		
q) Alguna deficiencia visual o auditivas.		
r) Falta de un riñón.		

**VIII DECLARO Y CONVENGO QUE:**

1. Todas las declaraciones y contestaciones anteriores han sido escritas de mi puño y letra o dictadas por mí, son verdaderas, completas y forman la base sobre la cual la Compañía emitirá la Póliza que solicito.
2. Recibí un espécimen de las condiciones generales a que se refiere esta solicitud.
3. El seguro aquí solicitado no entrará en vigencia hasta que la Compañía haya aceptado el riesgo y que la prima haya sido pagada.
4. La Compañía dispondrá de quince (15) días para aceptar o rechazar el riesgo aun cuando la prima ya haya sido pagada, en caso de rechazo la Compañía devolverá la prima pagada como anticipo.
5. Esta aplicación se considera como una solicitud de seguro y, por lo tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por Seguros del País, S.A., ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud. Así mismo por este medio autorizo y faculto a Seguros del País, S.A. para que en cualquier tiempo pueda obtener información de todo médico, hospital, clínica privada o pública, Instituto Hondureño de Seguridad Social, laboratorios Médicos u otra fuente, la central de Riesgos de la Comisión Nacional de Bancos y Seguros, y cualquier otra central de riesgo que juzgue necesaria y estoy de acuerdo que la misma permanezca como propia de Seguros del País S.A. ya sea que se otorgue el seguro o no. Una fotocopia de esta autorización es tan válida como el original. Cualquier omisión o declaración incompleta o incorrecta puede ser causa de que una reclamación válida sea rechazada y la póliza cancelada.

Así mismo declaro que he recibido una copia fiel de las condiciones generales de este seguro, las cuales declaro conocer.

Lugar y Fecha:

Nombre del Solicitante

Firma del Solicitante

Nombre del Intermediario	Código del Intermediario	Zona	% de Comisión	Oficial de Negocios