

**SEGURO DE MUERTE POR CUALQUIER CAUSA Y MUERTE
ACCIDENTAL "BANCO AZTECA FAMILIA PROTEGIDA"
FORMATO DE CONSENTIMIENTO DEL ASEGURADO**

Inicio de Vigencia: _____ Certificado: _____
Vencimiento: _____

Solicito mi incorporación a la Póliza de Seguro No _____, contratada por Banco Azteca de Honduras, S.A., emitida por PAN-AMERICAN LIFE INSURANCE.

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 _____

Coberturas, Beneficios y Primas:

- Muerte por Cualquier Causa
- Muerte Accidental
- Auxilio para Gastos Funerarios del Asegurado Titular
- Servicios de Asistencia: *
 - o Consulta Médica con Médico General- 4 al año
 - o Consulta Médica con Pediatra y/o Ginecólogo - 2 al año
 - o Exámenes de Laboratorio de Sangre, Heces y Orina - 2 al año
 - o Orientación Médica Telefónica- Ilimitado
 - o Red de descuentos en Rayos X, Ultrasonidos y Tomografías- Ilimitado
 - o Descuentos en Farmacias de la Red para Medicinas - Ilimitado
 - o Descuentos en Especializaciones- Ilimitado

PLAN 1	PLAN 2	PLAN3	PLAN4
L 30,000	L 45,000	L 60,000	L 75,000
L 30,000	L 45,000	L 60,000	L 75,000
L 4,500	L 6,750	L 9,000	L 11,250
Incluido	Incluido	Incluido	Incluido

Línea de asistencia: 22161747, disponible las veinticuatro (24) horas del día los trescientos sesenta y cinco (365) días del año

*Si el periodo contratado supera los doce (12) meses, para el período a partir del mes trece (13) y hasta la finalización de la cobertura, la activación de los siguientes eventos se hará de la siguiente manera: Consulta Médica General un (1) evento por cada doce (12) semanas concluidas; Consulta médica con pediatra y/o ginecólogo y exámenes de laboratorio de sangre, heces y orina: un (1) evento cada veintiséis (26) semanas concluidas.

PRIMA: L.

FORMA DE PAGO DE PRIMAS: De contado en una sola exhibición.

Edad de Aceptación: La edad mínima de aceptación será de dieciocho (18) años, mientras que la edad máxima será de setenta (70) años. Edad de permanencia de hasta setenta y cinco (75) años.

Declaración de Salud

¿Padece o ha recibido algún tratamiento por enfermedades del corazón, mental, hígado, diabetes, neumonía, sida o cáncer en los últimos dieciocho (18) meses? Si ___ No ___

DETALLE DE BENEFICIARIO: Designo como beneficiarios a las siguientes personas:

NOMBRE DE BENEFICIARIOS

NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	% de participación

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 establecen las leyes de nuestro país; igualmente, declaro que a la fecha 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 presente párrafo no están ajustadas a la realidad, PAN-AMERICAN LIFE INSURANCE, sucursal Honduras está facultada para excluir, declinar o cancelar la cobertura y se eximirá de toda obligación de indemnizar de acuerdo a las condiciones del contrato.

Este documento, certifica que la persona mencionada está asegurada de acuerdo con las Coberturas y Beneficios arriba descritos los cuales se rigen de acuerdo con las Condiciones Generales y Particulares de la Póliza de Seguros. El pago de la prima por parte del Asegurado(a) confirma su aceptación a las Condiciones Generales y Particulares de la póliza, las cuales se adjuntan, por lo que es deber del Asegurado(a) leer y conocer las mismas. La fecha efectiva del seguro será la indicada en la parte superior de este documento.

Lugar y fecha:

Firma del Asegurado

Firma Autorizada
Pan-American Life Insurance, sucursal Honduras