Segundo Nombre



SEGURO VIDA INDIVIDUAL

PROTECCIÓN TOTAL SOLICITUD DE SEGURO

Este documento solo constituye una Solicitud de Seguro y por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la Aseguradora.

Primer Nombre

Segundo Apellido

I. DATOS GENERALES DEL ASEGURADO

Primer Apellido

No. De RTN (Anexar Copia)	No. De Identificación (Ar	Anexar Copia) Tipo de Identificación:		icación:
			Tarjeta de identidad □	Pasaporte □
			Carné de Resi	dente □
II. DATOS COMPLEMENTAI	RIOS			
 Fecha de Nacimiento _ 				
2. Ingresos Mensuales L				
3. ¿Mantiene pólizas susc	critas con esta u otra(s) asegura	adora(s)? (Especific	que: Nombre de la Asegi	ıradora, tipo
de seguro, suma asegu	rada)			
4. ¿Practica algún deporte	e o afición?			
5. Datos de la cobertura:				
INICIO DE LA VIGENCIA:(dí	a)(mes) 20	(año)	MONEDA:	
Temporal Anual Renovable				
Temporal Andai Kenovable				
SEGUR	O DE VIDA		SUMA ASEGURADA	
A) Fallecimiento				
B) Anticipo de Gastos Funerario	ns			
b) Anticipo de Gastos i anciam	03			
C) Anticipo por Invalidez Total	y Permanente a causa de			
accidente o enfermedad				
D) Anticipo por Enfermedad Te	arminal			
DI Anticipo poi Enfermedad re	.mmai			



6. BENEFICIARIOS

Identidad No.	Nombre	Dirección	Parentesco	Porcentaje

7. BENEFICIARIOS CONTINGENTES

Identidad No.	Nombre	Dirección	Parentesco	Porcentaje

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

8. BENEFICIARIOS IRREVOCABLES

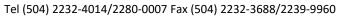
Llenar en caso de que el seguro sea para respaldar un crédito:

Nombre	Institución	Porcentaje

Observaciones del Asegurado sobre la designación de Beneficiarios Irrevocables: Si el presente seguro ha sido cedido en garantía al o los Beneficiarios Irrevocables designados, automáticamente se está traspasando los derechos del Asegurado y Beneficiarios a los Beneficiarios Irrevocables inscritos.

Si los derechos del Beneficiario Irrevocable fueron menores a la Suma Asegurada, los remanentes serán pagados a los beneficiarios designados e inscritos en la póliza

9. PRIMAS				
PRIMA TOTAL:	_ FRECUENCIA DE PAGO:		MODO DE PAGO:	
10. DECLARACIÓN DE SALUD				
Fumador: SI 🗆 NO 🗆	Estatura:	_(mts.)	Peso:	(libras)





11. ¿Padece e	l solicitante o le ha	sido diagnosticado o	está en	tratamiento	de la	s siguientes
enfermedad	des?					
1. Tumores	s o Cáncer		Sí □	No □		
2. Enferme	edades del Corazón		Sí □	No □		
3. Infartos			Sí □	No □		
4. Hiperter	nsión Arterial		Sí □	No □		
5. Insuficie	encia Renal		Sí □	No □		
6. SIDA			Sí □	No □		
7. Diabetes	s Mellitus		Sí □	No □		
8. Enferme	edades Pulmonares		Sí □	No □		
9. Derrame	e Cerebral		Sí □	No □		
10. Enferme	edades Mentales		Sí □	No □		
11. Tiene P	endiente alguna Operació	n	Sí □	No □		
12. Tiene P	endiente alguna Operació	n	Sí □	No □		
13. Está baj	jo Tratamiento Médico		Sí □	No □		
*Si ha re	espondido SI a alguna de I	las preguntas anteriores a	•			
No. de i regunta	1 cond				a y 11a	
Fecha: Médico: Clínica: ¿Ha estado h	Fecha de última visita al m	Fecha:				
-	o algún seguro de vida que		_	_	NO 🗆	I
Detalles:						
En conformidad	al Artículo 1141 y 1143 de	el Código de Comercio.				
El abajo firmante	e declara que los datos ac	quí consignados son verda	aderos y e	xactos y que n	o ha or	nitido, desvirtuado,

ni ocultado antecedentes médicos y conviene en que las respuestas anteriores forman parte de la Solicitud de Seguros,





y si en base de las mismas se emitiere cobertura, esta será nula y quedará sin efecto si hay omisión, inexactitud o falsedad en las declaraciones anteriormente dadas, también acepta que en el caso de que hubiera respuesta afirmativa, la Aseguradora se reservará el derecho a solicitar pruebas adicionales de asegurabilidad de acuerdo con sus normas de selección así como de emitir o no la cobertura correspondiente que estará sujeta a aceptación expresa de la Aseguradora.

BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, Yo, el abajo firmante, autorizo por este medio, aún en caso de mi muerte, al Instituto Hondureño de Seguridad Social, o a cualquier clínica, hospital, médico, paramédico, laboratorio o cualesquiera otras personas para que proporcionen a SEGUROS ATLANTIDA, S.A. información sobre mi salud, o antecedentes, incluyendo copia de las historias clínicas sobre mi salud.

Queda entendido y convenido que la presente solicitud forma parte integrante del Contrato de Seguros, así mismo hago constar que he recibido las Condiciones Generales de la póliza a emitirse.

Nombre y Firma del solicitante	Fecha de solicitud
--------------------------------	--------------------