

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

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 ()	

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo Apellido	Porcentaje
Coberturas				
Cobertura Básica:				
Muerte por cualquier causa				
Coberturas Adicionales:				
Muerte por Accidente				
Suicidio				
Pago Anticipado de Capital Asegurado en caso de Incapacidad Total y Permanente				
Enfermedades Graves				
Canasta Básica por fallecimiento				
Renta Diaria por Hospitalización				

Si cualquiera de las respuestas a las preguntas es afirmativa favor detallar el padecimiento		
¿La actividad a que me dedico es lícita, normal y no genera riesgo/peligro inminente para mi vida?	SI	NO
¿Tiene o ha tenido cualquier otra enfermedad que no se le haya mencionado en las anteriormente?	SI	NO
¿Ha recibido atención médica o tratamiento médico por SIDA o alguna enfermedad relacionada?	SI	NO
¿Ha tenido enfermedades digestivas, cirrosis o alcoholismo?	SI	NO
¿Ha tenido enfermedad del: corazón, pulmones, vías respiratorias, renales?	SI	NO
¿Ha tenido diabetes, cáncer, tumores, quistes, presión alta?	SI	NO
¿Ha estado hospitalizado o a consultado a algún medico los últimos 12 meses?	SI	NO

En Declaración del Asegurado: Por este medio autorizo a _____ para que de acuerdo al valor indicado anteriormente, se haga debito a mi cuenta Bancaria, tarjeta de crédito o tarjeta de débito, según la periodicidad seleccionada para cubrir el monto de las primas originadas en esta póliza.

1. Autorizo a _____ enviar la información desglosada a MAPFRE Honduras para uso único y exclusivo para Seguro de Vida.
2. Autorizo expresamente a cualquier médico, hospital o clínica para que suministre a MAPFRE Seguros Honduras S.A. o a cualquier representante, toda la información necesaria que hubiere sobre mi persona.
3. Dejo constancia de que todas las declaraciones en este documento están ceñidas a la verdad y si se comprobare que el asegurado omite, retiene o no informa a la compañía de seguros de sus verdaderos padecimientos de salud, MAPFRE Seguros Honduras S. A., se eximirá de toda responsabilidad de indemnizar.
4. Manifiesto que he leído toda la solicitud y estipulaciones generales de la póliza las cuales forman parte integral del contrato y estoy de acuerdo con ellos.
5. En caso de que una o más primas subsiguientes facturadas a la cuenta del asegurado principal no hayan sido pagadas, en un período continuo de sesenta (60) días, la póliza se cancelará automáticamente.

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

