

DATOS GENERALES

CONTRATANTE:									
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		APELLIDO DE CASADA	
Identidad No.				Fecha de Nacimiento	D	M	A	Edad	Años
Lugar de Nacimiento				Nacionalidad				RTN	
Profesión Actual				Cargo que Desempeña				Deportes que Practica	
Estado Civil				¿Practica Aviación? Si ☐ No ☐	Horas de Vuelo:			Sueldo Mensual:	
Barrio o Colonia				Etapas				Avenida	Bloque
Calle				Casa No.				Ciudad	Departamento
Teléfono de Domicilio				Celular				E-Mail	

I. DECLARACIÓN DE SALUD

Marque su respuesta y especifique:	Si	No	Detalle
1. Estatura en mts. _____ peso en lbs. _____ ¿Ha variado su peso en los últimos 12 meses?			¿Causas?
2. ¿Ha sido tratado por algún médico en los últimos tres (3) años?			¿Causas? ¿Fecha? ¿Resultados? ¿Médico?
3. ¿Consume o ha consumido usted bebidas alcohólicas?			¿Cuáles? ¿Frecuencia?
4. ¿Ha sido operado, o tiene alguna operación programada?			¿Causas? ¿Fecha? ¿Resultados? ¿Hospital y Médico?
5. ¿Ha padecido o le han diagnosticado: enfermedades del corazón, diabetes, cáncer, tuberculosis, epilepsia, enfermedades renales, sida, del aparato digestivo u otra enfermedad no especificada aquí?			¿Cuál? ¿Condición actual? ¿Médico tratante?
6. ¿Tiene algún impedimento físico, algún grado de incapacidad o invalidez total y permanente?			¿Tipo? ¿Causa del impedimento?
7. ¿Ha habido en su familia enfermos del corazón, hipertensión, asma, cáncer, diabetes u otras enfermedades hereditarias?			¿Cuáles? ¿Quiénes?
8. ¿Le han rechazado, cancelado o aceptado bajo ciertas condiciones algún seguro de vida?			¿Fecha? ¿Compañía? ¿Motivo? ¿Condiciones especiales?
9. ¿Nombre y dirección del médico que acostumbra consultar?			

II. BENEFICIARIOS DEL SEGURO DE VIDA (APLICA SOLO EN PÓLIZAS QUE TIENEN SEGURO DE VIDA)
Principales

Nombre del Beneficiario (Letra de molde)	Número de Identidad	Parentesco	%
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

Contingencia: En el caso que a mi fallecimiento el o los beneficiarios principales no existan, el seguro será pagado a:

Nombre (Letra de molde)	Número de Identidad	Parentesco	%
1.			
2.			
3.			

III. DEPENDIENTES ELEGIBLES DEL SEGURO MEDICO (CÓNYUGE E HIJOS)

Nombre Completo (Letra de molde)	Parentesco	Fecha de Nacimiento
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

INFORMACIÓN DE SALUD DE CONYUGE E HIJOS DEPENDIENTES: ¿Padecen o han padecido de las siguientes enfermedades: Estómago, esófago intestino grueso/delgado (colon), recto y ano, vesícula y vía biliar, hígado, páncreas; del útero, ovarios, vulva, próstata, testículos, vesícula seminal, de las vías urinarias y renales; anemia, anomalías sanguíneas, leucemia y todo lo relacionado con el sistema nervioso o enfermedades neurológicas: migrañas, convulsiones o epilepsia, vértigos, autismo; catarata, glaucoma, queratocono, de los oídos, nariz y garganta, rinitis, asma, alergias, bronquitis, neumonía, tuberculosis; hipertensión arterial, diabetes, cardiopatías, desórdenes hormonales, enfermedades de los músculos y articulaciones, artritis, osteopenia, osteoporosis, osteoartritis, fibromialgia, esclerosis, ligamentos, tendones, de la columna vertebral y médula espinal; de las mamas, tiroides, hernias, tumores benignos y/o malignos, cáncer de todo tipo, trasplantes, enfermedades de la piel, cirugías estéticas, enfermedades mentales o defectos congénitos y cualquier padecimiento degenerativo o enfermedad no especificada aquí?

De cada respuesta positiva, indicar la enfermedad, a quién de los dependientes aplica, médico tratante, fecha de ocurrencia y su condición actual:

Nombre del Dependiente	Enfermedad	Médico Tratante	Fecha de Ocurrencia	Condición Actual
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				

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 mía y de mis dependientes, de todo médico, hospital, clínica privada o pública, Instituto Hondureño de Seguridad Social, laboratorios médicos u otra fuente, incluyendo la Central de Riesgos de la Comisión Nacional de Bancos y Seguros, cualquier información 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.

Lugar y Fecha:

Firma del Solicitante	Firma y Sello del Contratante	Fecha / Firma de aprobación
-----------------------	-------------------------------	-----------------------------