

**SEGURO MEDICO HOSPITALARIO COLECTIVO  
SOLICITUD DE SEGURO (CONTRATANTE)**

**A) DATOS DEL CONTRATANTE O REPRESENTANTE LEGAL**

Nombre Completo (según Identificación)				
Lugar de Nacimiento	Fecha de Nacimiento Día Mes Año		Sexo M O F O	Nacionalidad 1 Nacionalidad 2
Número de Identificación	Tipo de Identificación Tarjeta de Identidad O Pasaporte O Carnet de Residente O			No. de RTN
Correo electrónico	Estado Civil		Nombre del conyuge (si aplica)	
Dirección completa de residencia actual			Municipio actual	Departamento actual
			Teléfono de residencia	Número de celular
Profesión,oficio o actividad económica	Nombre de la empresa donde labora		Posición o cargo que desempeña	
Tiempo de laborar en la empresa	Nombre del negocio (si es propietario)		Giro o actividad economica del Negocio (si aplica)	
Dirección completa de la empresa (calle, avenida, N° local, zona, referencias)			Dirección completa del negocio (si aplica)	
Municipio	Departamento			
Giro o actividad económica de la empresa	Teléfono de la empresa		Correo electrónico empresarial	
A que se dedica Asalariado O Independiente O Rentista O Si es estudiante indique el nombre de la persona de quien depende económicamente				
Socio O Pensionado O Jubilado O Estudiante O Otros <input type="radio"/> Especifique _____				
Cuantos salarios mínimos representa su ingreso mensual?		¿Recibe ingresos diferentes a su actividad economica ? SI O NO O		¿Realiza transacciones en moneda extranjera?
De 0 - 3 O	De 4 - 6 O	Si su respuesta es SI detalle: Fuente de ingresos: _____		Tipo de moneda: Dólar O Euro O Otra O
De 7 - 10 O	De 11 - 20 O	Valor mensual estimado: _____		
De 21 - 50 O	De 50 en adelante O			

**B) DATOS DE PERSONA JURIDICA**

Razón o Denominación Social		Nombre Comercial	Número de RTN
Dirección completa de la empresa			Municipio Departamento
Teléfono de la empresa	Sitio Web	Especifique la procedencia de sus fondos	Registro: Asiento <input type="radio"/> Tomo <input type="radio"/> Matricula <input type="radio"/> Número:
Giro o actividad económica de la empresa	País de Constitución	Tiene sucursales? Si O No O	Donde? _____

**INFORMACION FINANCIERA (marque con una X los valores que correspondan)**

Rango de Ingresos y Egresos	Total ingresos anuales	Total egresos anuales	Rango de Activos y Pasivos	Total Activos	Total Pasivos	Detalle el nombre de 2 proveedores principales de la empresa
No tiene			No tiene			1
Menos de L. 20,000.00			Menos de L. 500,000.00			2
L.20,000.00 a L. 50,000.00			L.500,000.01 a L. 1 millón			
L.50,000.01 a L. 100,000.00			L1,000,000.01 a L. 5 millones			
L.100,000.01 a L. 500,000.00			L5,000,000.01 a L.10 millones			Detalle 2 referencias bancarias o comerciales:
L.500,000.01 a L. 1 millón			10,000,000.01 a L.25 millones			1
L. 1,000,000.01 a 10 millones			25,000,000.01 a L.50 millones			2
L.10,000,000.00 a 50 millones			50,000,000.01 a L.100 millones			
Mas de 50 millones			Más de 100 millones			

**ESTRUCTURA ACCIONARIA DE LA EMPRESA**

Describa nombre de los accionistas y % de participación:	No. de identificación	Si entre los accionistas de la empresa hay otra empresa describa sus accionistas y % de participación:
1.-		1.-
2.-		2.-
3.-		3.-
4.-		4.-
5.-		5.-
6.-		6.-

**C) FATCA**

Tributa para el Gobierno de EUA? Si O No O	Numero de Identificación Tributario (TIN)/Numero de Seguro Social (SSN) (si aplica) [ ] [ ] [ ] [ ] - [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
--	--

**D) PERSONAS EXPUESTA POLITICAMENTE (PEP)**

Ha desempeñado algun cargo público en los últimos 4 años? Si O No O	Cargo:	Institución:
---	--------	--------------

**En caso positivo llenar el formato Adicional de Información (PEP)**

**E) OTROS SEGUROS**

(Tiene otros seguros para este mismo riesgo)    Sí                    No                       

Si-es "SI" Con cual Compañía \_\_\_\_\_ Monto \_\_\_\_\_

Le ha sido cancelado un seguro    Sí                                        Motivo  Cancelación \_\_\_\_\_

¿Qué tipo de seguro? \_\_\_\_\_

**G) ESPECIFICACIONES DEL RIESGO**


**H) RIESGOS CUBIERTOS**

**COBERTURAS BASICAS**

1. Honorarios de Médicos y Cirujanos
2. Honorarios por Consultas Médicas: visitas o consultas con un máximo de una (1) por día a excepción de los honorarios por consultas médicas post-operatorias, las cuales quedarán comprendidas en los honorarios de médicos y cirujanos a que se refiere el inciso anterior.
3. Los Gastos de Hospital o Clínica, representados por el costo de la habitación y alimentación. Así como medicinas y drogas consumidas en el mismo por el Asegurado.
4. Gastos de Sala de Operaciones y/o Recuperaciones y de Curaciones.
5. Gastos de Anestesia y Honorarios de Anestesista.
6. Honorarios de Enfermeras Tituladas.
7. Medicamentos adquiridos fuera del hospital o clínica. Siempre que sean prescritos por los médicos tratantes y se acompañe del recibo de la farmacia con la receta y siempre que sean a consecuencia de internamiento en un hospital o clínica.
8. Gastos de análisis de laboratorio o de estudios de rayos x, isótopos radioactivos, de electrocardiografía encefalografía, o de cualesquiera otros indispensables para el tratamiento de accidente o de enfermedad ordenados por un médico.
9. Gastos de transfusiones de sangre aplicación de plasma, sueros y otras sustancias semejantes por orden de facultativo.
10. Gastos originados por consumo de oxígeno.
11. Gastos originados por la compra o la renta de muletas, silla de rueda, camas especiales, pulmón artificial, u otros aparatos semejantes.
12. Gastos originados por tratamientos con radio o de terapia radioactiva y terapia física.
13. Los gastos que resultan de aparatos de prótesis dental necesaria a consecuencia de accidente, ojos o miembros artificiales y los aparatos ortopédicos que se requieran a causa de accidente o enfermedad serán cubiertos por la Compañía hasta un límite del 5% de la suma máxima de protección que corresponda a cada grupo familiar.
14. Los gastos de transporte de ambulancia hasta el limite de L.
15. Gastos originados por intervenciones de cirugía correctiva en malformaciones congénitas de hijos del Asegurado, nacidos durante la vigencia de esta Póliza que estén cubiertos por ella.
16. Gastos derivados de las siguientes complicaciones del embarazo o parto:
  - a) Las intervenciones quirúrgicas realizadas con motivo de embarazo extrauterino.
  - b) Los estados de fiebre puerperal.
  - c) Los estados de eclampsia y toxicosis gravídica.

**COBERTURAS ADICIONALES**

**AMPARADO**

**EXCLUIDO**

1. Maternidad. Gastos a consecuencia del embarazo tales como controles propios del embarazo, abortos, partos prematuros o partos normales, legrados cualquiera que sea su causa y toda complicación del embarazo y parto, incluyendo los gastos de los recién nacidos sanos antes de salir del hospital por concepto de sala cuna y honorarios del pediatra que le atienda dentro del hospital, hasta el límite establecido en las Condiciones Particulares. La maternidad es reconocida únicamente para el titular o cónyuge del titular.		
2. Gastos dentales. De conformidad a las coberturas en el anexo 1		
3. Gastos oftalmológicos. Se cubren los gastos por evaluaciones de la vista y compra de aros y lentes según el límite establecido en las Condiciones Particulares.		
4. Control de niño sano. Se cubre cuadro de vacunas de conformidad a los límites establecidos en las Condiciones Particulares.		
5. Gastos de Repatriación. Se cubre el monto establecido en las Condiciones Particulares.		

**Observaciones**

--

**D) PROPORCIONAR DETALLES CON RESPECTO A LOS SINIESTROS ULTIMOS 3 AÑOS**

AÑO	MONTO	AÑO	MONTO

**J) DESGLOCE DE PRIMA Y FORMA DE PAGO**

Prima Neta		
Derecho de emisión de la póliza		
Prima Total		
Numero de Pagos	Primer Pago	Pagos subsiguientes
<p>Declaro que toda las contestaciones anteriores son exactas, han sido escritas y/o dictadas por mí, personalmente y son completas y verídicas y acepto que sean consideradas como base para la contratación del seguro y/o fianza que solicito, por lo cual, autorizo a Seguros Continental a consultar y reportar, en cualquier tiempo, en las centrales de riesgos públicas o privadas toda la información relevante para conocer mi desempeño como deudor, capacidad de pago y valorar el riesgo futuro de concederme un crédito. Asimismo declaro que he sido enterado y acepto las Condiciones Generales antes descritas, misma que figuran en la póliza y/o fianza solicitada.</p> <p>Origen de fondos y aceptación de clausula. Declaro expresamente que: 1. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro de los marcos legales y los recursos que poseo no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el código penal hondureño; 2. La información que he suministrado en este formato es veraz y verificable y me obligo actualizarla cuando la institución lo solicite; 3. Acepto el hecho que de demostrarse falso testimonio en la información aquí presentada, Seguros Continental SA está facultada a dar por terminado el contrato de seguro según se indica en el Artículo 1141 del Código de Comercio, sin que esto implique responsabilidad alguna de la Aseguradora frente al asegurado, 4. Estatus Residencial. En caso de ocurrir algún cambio en mi estatus de país de residencia o ciudadanía me comprometo a notificarlo a la aseguradora.</p>		

*LUGAR Y FECHA*

*FIRMA DEL CLIENTE*

*FIRMA Y NO.DE AGENTE*

**K) PARA USO EXCLUSIVO DEL CANAL DE VENTA**

CANAL DE VENTA: INSTITUCION FINANCIERA O      NEGOCIOS SEGCON O      CORREDURIA O      LICITACION O      OTROS O (especifique):				
Nombre del asesor y/o correduría que entrevistó	Fecha de entrevista	Fecha entrega área técnica	Firma del entrevistador	Firma Supervisor
Observaciones:				

**L) PARA USO EXCLUSIVO DE LA ASEGURADORA**

<i>No° de póliza</i>	<i>Certificado #</i>	<i>Suma Asegurada</i>	<i>Prima Anual</i>	<i>Nombre, firma y sello del oficial que recibe.</i>
----------------------	----------------------	-----------------------	--------------------	--

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución POL GPU No.27/07-04-2022.