

SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL SOLICITUD DE SEGURO

I.- DATOS GENERALES

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido de casada
Lugar de Nacimiento:		Fecha de Nacimiento Día: _____ Mes: _____ Año: _____		Nacionalidad:
Tipo de identificación Tarjeta de identidad <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Carné de residente <input type="checkbox"/>			Número de identidad	Numero de RTN:
Es Zurdo?: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Maneja Avión: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Deportes que Practica:
Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Estado Civil S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> U.L. <input type="checkbox"/>		Nombre completo del cónyuge o Pareja:
Dirección completa de residencia incluyendo Departamento y Municipio:				
Teléfono de Residencia:		Teléfono Celular:		Fax No.:
Correo electrónico:			Profesión, ocupación, oficio o actividad económica:	
Nombre y Giro del Negocio (Si aplica):				
Nombre de la empresa donde labora:		Posición /Cargo que desempeña:		Tiempo de laborar en la empresa:
Dirección completa de la empresa donde labora incluyendo Departamento y Municipio:				
Teléfono del trabajo:		Fax No.:		Correo electrónico:
Sitio web:				
Especificar detalladamente la fuente de ingreso y/o origen de los recursos: Nivel aproximado de Ingreso según el Salario Mínimo mensual vigente (SMMV) en Lps.: De 0-10,000.00 <input type="checkbox"/> De 10,000.01-15,000.00 <input type="checkbox"/> De 15,000.01-30,000.00 <input type="checkbox"/> De 30,000.01-40,000.00 <input type="checkbox"/> De 40,000.01-80,000.00 <input type="checkbox"/> De 80,000.01-100,000.00 <input type="checkbox"/> De 100,000.01 en Adelante <input type="checkbox"/>				
Ha Desempeñado un Cargo Público en los últimos cuatro (4) años? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Nombre de la Institución?				
Realiza usted Actividades y Profesiones No Financieras Designadas (APNFD)? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si su respuesta es Si entregar constancia de la CNBS.				
Actúa usted por cuenta propia? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si su respuesta es No en Nombre de quién?				

II.- DIRECCIÓN DE COBRO

 Los cobros se realizaran en: Domicilio Lugar de trabajo

Barrio o Colonia	Calle o Avenida	Bloque
Casa No.	Ciudad o Municipio	Departamento
Otra Referencia		
Teléfono	Fax No.	E-Mail
		Apdo. Postal

III.- VIGENCIA

 Duración: _____ Desde _____ / _____ / _____ a las 12:00m Hasta: _____ / _____ / _____ a las 12:00m
Día Mes Año

IV.- BENEFICIARIOS Y ACREEDORES (anotar nombre completo, en letra molde, en caso de haber más de (una) 1 institución llenar cuadro de abajo)

1.-Por este medio declaro como único beneficiario de mi seguro de vida a la **Institución Financiera** _____ con RTN _____, **Domicilio** _____ **Nacionalidad** _____, **Teléfono** _____, **Parentesco** _____ hasta por el saldo de mi deuda con esta institución. Si la suma asegurada contratada por esta póliza, supera el saldo de la deuda o ya no existiera obligación crediticia con esta institución, designo como beneficiario(s) de mi seguro a:

No	Nombre Completo	Tipo y Número de Identificación	Dirección de Domicilio	Nacionalidad	Teléfono	Parentesco	Porcentaje
1							
2							
3							
4							
5							

2.- DE CONTINGENCIA (EN CASO DE NO EXISTIR A MI FALLECIMIENTO LOS BENEFICIARIOS PRINCIPALES)

No	Nombre Completo	Tipo y Numero de Identificación	Dirección de Domicilio	Nacionalidad	Teléfono	Parentesco	Porcentaje
1							
2							
3							

3.- TUTOR DE BENEFICIARIOS MENORES DE 21 AÑOS

No	Nombre Completo	Tipo y Número de Identificación	Dirección de Domicilio	Nacionalidad	Teléfono	Parentesco	Porcentaje
1							
2							
3							

V.- COBERTURA Y CALCULO DE PRIMA

MONEDA: LPS:

US\$:

Suma Asegurada	Tipo de Seguro	Plan	Duración

No.	Coberturas	Suma Asegurada	Prima Neta
1	Fallecimiento (Cobertura Básica)		
2	Fallecimiento, Desmembramiento y Pérdida de la Vista por causa accidental		
3	Pago Anticipado de Capital por Incapacidad Total y Permanente:		
4	Exoneración de pago de primas		
5	Gastos Fúnebres		
Forma de Pago Anual: <input type="checkbox"/> Semestral: <input type="checkbox"/> Trimestral: <input type="checkbox"/> Otra: <input type="checkbox"/> _____ Otros: <input type="checkbox"/> Especifique: _____		Prima Neta	
		Gastos de Emisión	
		Prima Total	

VII.- INFORMACION ADICIONAL

a) Mantiene pólizas suscritas con esta u otra(s) aseguradora(s)?, (especifique: nombre de la aseguradora, tipo de seguro, suma asegurada)

b) Las personas aquí descritas están o han estado asegurados con otra compañía de seguros? Cuando? Suma Asegurada?, Con qué Compañía SI NO

c) Le han rechazado, cancelado o aceptado algún seguro bajo condiciones especiales? Explique: SI NO

d) Ha tenido algún siniestro en los últimos 3 años? SI NO A cuanto ascendió la pérdida?, Causas?

e) Se dedica a operaciones especulativas o ilícitas	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Detalle:
f) Ha estado alguna vez sujeto a proceso judiciales	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Detalle

g) Si es comerciante, Detalle _____

VIII DECLARO Y CONVENGO QUE:

- 1.- Todas las declaraciones y contestaciones anteriores han sido escritas de mi puño y letra o dictadas por mi, son verdaderas, completas y forman la base sobre la cual la Compañía emitirá la Póliza que solicito.
- 2.- Así mismo declaro que he recibido una copia fiel de las condiciones generales de este seguro, las cuales declaro conocer y entender.
- 3.- El seguro aquí solicitado no entrará en vigencia hasta que la Compañía haya aceptado el riesgo y que la prima haya sido pagada.
- 4.- La Compañía dispondrá de quince (15) días para aceptar o rechazar el riesgo aun cuando la prima ya haya sido pagada, en caso de rechazo la Compañía devolverá la prima pagada como anticipo.
- 5.- 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 de todo médico, hospital, clínica privada o pública, Instituto Hondureño de Seguridad Social, laboratorios Médicos u otra fuente, la central de Riesgos de la Comisión Nacional de Bancos y Seguros, y cualquier otra central de riesgo 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:

<p>_____ Nombre del Solicitante o Representante legal según escritura o Poder de Representación</p>	<p>_____ Firma del Solicitante o Representante legal según escritura o Poder de Representación</p>
---	--

Nombre del Intermediario	Código del Intermediario	Zona	% de Comisión	Oficial de Negocios