

SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL
SOLICITUD DE SEGURO



Tipo de Póliza Protección Familiar Cesión Bancaria

Número de Póliza Vigencia Desde Vigencia Hasta

Corredor

EN CASO DE QUE LA SUMA SE ORIGINE DE UN PRÉSTAMO BANCARIO

Razón o Denominación social		Nombre Comercial	
No. De Préstamo	☐ Préstamo Personal ☐ Préstamo Hipotecario ☐ Préstamo Prendario ☐ Otros		
Tipo de Operación ☐ Solicitud nueva ☐ Refinanciamiento		Monto del Préstamo actual _____ Aumento _____ Nuevo Monto _____	
Monto del Préstamo otorgado _____	Fecha de Emisión	Inicio de Vigencia	Finalización de Vigencia
Plazo del préstamo _____ Meses			
Periodicidad de Pago de la Prima: ☐ Anual ☐ Mensual ☐ Quincenal ☐ Semanal			

DATOS DEL ASEGURADO

Nombre (s)		Primer Apellido		Segundo Apellido	
Lugar de Nacimiento	Fecha de Nacimiento		Número de DNI	Edad	Nacionalidad (es) 1 _____ 2 _____
	D	M			
Tipo de Identificación ☐ DNI ☐ Pasaporte ☐ Carnet Residente			Género ☐ M ☐ F	Estado Civil ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Viudo ☐ Divorciado ☐ Unión Libre	
En el caso de ser extranjero, favor indicar su condición migratoria: ☐ Residente Temporal ☐ Visitante o Turista ☐ Residente Permanente ☐ Permiso Consular o similar ☐ Permiso de Tránsito ☐ Permiso de Trabajo _____ Número de permiso de trabajo _____			Profesión, oficio u ocupación		
			Rubro: Asalariado ☐ Comerciante ☐ Jubilado ☐ Pensionado ☐ Otros ☐ Si es jubilado o pensionado, indicar con cual Instituto de Previsión Social del País		
			Nombre completo del cónyuge (si aplica)		
			Dirección completa de domicilio _____ Departamento _____ Municipio _____ Ciudad _____		
			Referencia de dirección		
Teléfono de domicilio		Teléfono celular		Correo electrónico personal	
Nombre de la empresa donde labora actualmente o nombre del negocio propio (si aplica)				Posición o cargo que desempeña	
Tiempo de laborar		Dirección completa de la empresa donde labora y/o negocio propio			
Teléfono de Trabajo o negocio propio			Correo electrónico laboral		
Especifique detalladamente su fuente de ingresos		Nivel aproximado de ingreso según el salario mínimo mensual vigente (SMMV): ☐ 0-3 ☐ 4-6 ☐ 7-10 ☐ 11-20 ☐ 21-50 ☐ Más de 50 adelante			
¿Desempeña o ha desempeñado algún cargo público en los últimos dos (2) años? ☐ Si ☐ No					
Si es afirmativa; indicar el nombre de la institución pública, cargo que desempeña o ha desempeñado				Tiempo de laborar _____	
				Periodo del cargo _____	
Tiene préstamos vigentes con la Institución o Empresa Contratante ☐ Si ☐ No				Si es afirmativo; indique el valor total de préstamos vigentes _____	
SUMA ASEGURADA La suma asegurada de la póliza será de L. _____ Detalle de primas - Prima anual _____ Forma de Pago ☐ Efectivo ☐ Depósitos Monetarios ☐ Lempiras ☐ Tarjeta de Crédito y Débito ☐ Débito a Cuenta ☐ Dólares Otra _____					

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS (Completar si elige el plan con beneficiarios designados)

BENEFICIARIOS PRINCIPALES				
Nombre Completo	Número de DNI	Fecha de Nacimiento	Parentesco	%

BENEFICIARIOS DE CONTINGENCIA				
En caso de fallecimiento de el o los principales beneficiarios designados, nombro como beneficiarios de contingencia a:				
Nombre Completo	Número de DNI	Fecha de Nacimiento	Parentesco	%

En cuanto al monto de la indemnización, Seguros Banrural Honduras, S.A., pagará al Contratante el valor del saldo adeudado del préstamo que mantiene el Asegurado; a la fecha del fallecimiento, la diferencia monetaria será pagada a los beneficiarios designados en la presente solicitud de seguro por parte del asegurado.

CUESTIONARIO DE SALUD DEL ASEGURADO

Con el objetivo de validar su solicitud, deberá contestar a cada una de las preguntas indicadas en el cuestionario de salud (Deberá de completar cada interrogante utilizando su letra favor, la cual deberá ser legible, sin borrones ni tachaduras)

Peso Lbs Estatura Mts.	Si	No
1. ¿Ha sido sometido o se le ha indicado alguna intervención quirúrgica?		
2. ¿Ha estado hospitalizado por enfermedad o accidente?		
3. ¿Ha padecido de diabetes, cáncer, tumores, quistes, enfermedades de presión arterial?		
4. ¿Ha padecido de enfermedades del corazón, pulmones, vías respiratorias?		
5. ¿Ha padecido de enfermedades relacionadas con los riñones, hígado, vejiga, próstata y/o alteraciones digestivas?		
6 ¿Ha padecido de ansiedad, depresión o enfermedad mental?		
7. ¿Ha sido diagnosticado con VIH /SIDA o alguna enfermedad relacionada con estas?		
8. ¿Toma medicamento de uso permanente? Indique el nombre		
9. ¿Su capacidad de trabajo se ha reducido? ¿Por qué?		
10. ¿Tiene alguna incapacidad física o mental para el desempeño de sus funciones laborales o cotidianas? Si es afirmativo, detallar la institución que dictamino la incapacidad, el tipo de incapacidad y la causa que la origino		
11. ¿Fuma? ¿Si es afirmativo indicar la frecuencia diaria o semanal?		
12. ¿Ingiere bebidas alcohólicas? Si es afirmativo indicar frecuencia: Diaria ☐ Semanal ☐ Ocasional ☐		
13. ¿Padece alguna enfermedad actualmente? Si es afirmativo indique diagnóstico, fecha de diagnóstico, tratamiento, médico tratante y si usa medicamento de uso permanente. _____		
14. En caso de tener respuestas afirmativas a las preguntas anteriores, favor detallar diagnóstico médico, fechas, tratamiento, nombre de medicamentos, nombre del médico y cualquier otra información relevante. _____		
Para personas del género femenino		
1. ¿Está Usted embarazada? En caso afirmativo, indicar meses de embarazo		
2. ¿Se ha realizado sus controles ginecológicos periódicamente?		
3. ¿Padece de alguna enfermedad ginecológica o de las mamás?		

¿Mantiene pólizas suscritas con esta u otra Compañía de Seguros? Si es afirmativa; especifique el nombre de la Compañía de Seguros _____ Tipo de Seguro _____ y Suma Asegurada _____

COBERTURAS

ENDOSOS

SERVICIO DE ASISTENCIA

DECLARACIÓN DE SALUD DEL ASEGURADO

Declaro que no he omitido ni ocultado antecedentes médicos, que me encuentro en buen estado de salud y que no padezco ni me ha sido diagnosticada ninguna enfermedad renal, cardiovascular, cerebrovascular, hipertensión, cáncer o SIDA. También declaro que mi habilidad física no se encuentra limitada y no padezco de paraplejia, cuadriplejia, sordera, ceguera, epilepsia, diabetes, hepatitis, cirrosis, apoplejía, vértigo o enfermedades mentales y reconozco que de padecer alguna de las enfermedades mencionadas anteriormente, y omitirlas en esta solicitud teniendo pleno conocimiento de la enfermedad, no tendré derecho a ningún beneficio descrito como coberturas y/o Beneficios del presente Contrato de Seguros.

Autorizo a los médicos, laboratorios clínicos, clínicas médicas, hospitales y cualquier establecimiento de salud que me han atendido para que proporcionen a Seguros Banrural, S.A., toda la información que posean de mi estado de salud, incluyendo copia de mi historial clínico, relevándolos de cualquier prohibición legal con relación a la revelación de datos de sus registros.

Seguros Banrural Honduras, S. A. se reserva todos los derechos que puedan asistirle en caso de que antes o después de mi fallecimiento se comprobare que esta declaración no corresponde a la verdad, por lo que no pagará las sumas aseguradas que se indican para cada cobertura y de acuerdo con lo que se estipula en las Condiciones Generales y Particulares de la Póliza.

Se firma el presente Certificado Individual en_____ a los _____ días del mes de_____ de 20_____



FIRMA AUTORIZADA
SEGUROS BANRURAL HONDURAS, S.A.

FIRMA DE CORREDOR

ASEGURADO

Seguros Banrural Honduras, S.A., cuenta con hojas de reclamación de las Instituciones Supervisadas las cuales están a disposición del Usuario Financiero que las solicite; adicionalmente Seguros Banrural, S.A. tiene en su sitio web un apartado para cualquier sugerencia, consulta o queja de los usuarios financieros.

PARA USO INTERNO DE SEGUROS BANRURAL,S.A.
