

SEGURO DE VIDA POR SALDO DE DEUDA SOLICITUD PARA INSCRIPCIÓN EN SEGURO



De acuerdo con las condiciones de la Póliza No. _____ de SEGURO DE VIDA POR SALDO DE DEUDA, emitida a nombre de _____ con R.T.N. _____ se solicita inscribir como asegurado a _____ de _____ del _____

Firma Autorizada para Contratar

I. DATOS DEL ASEGURADO

Primer Apellido		Segundo Apellido		Nombres	
Lugar de Nacimiento		Fecha de Nacimiento		Edad	
		Día Mes Año			
Número de Identificación y R.T.N. (Anexar copia)		Tipo de Identificación			
		Tarjeta de Identidad		Pasaporte	
Sexo		Estado Civil		Carne de Residente	
M F		S C V UL		Nombre Completo del Cónyuge o Pareja	
Dirección Completa de Residencia:					
Departamento:			Municipio:		
Ciudad:			Barrio o Colonia:		
Teléfono de Residencia:		Celular No.:		Correo Electrónico:	
Profesión, Ocupación o Actividad Económica:					
Dirección Completa de la Empresa donde Labora:					
Tiempo de laborar en la empresa:			Cargo que desempeña:		
Teléfono de Trabajo			Correo Electrónico:		
¿Mantiene pólizas suscritas con esta u otra(s) aseguradora(s)? (Especifique: Nombre de la Aseguradora, tipo de seguro, suma asegurada)					

II. ANTECEDENTES DE SALUD

a) Peso (en lbs) _____ Estatura (en mts) _____

b) ¿Padece el solicitante o le ha sido diagnosticado o está en tratamiento de las siguientes enfermedades?

- | | | | |
|--|---------------|--|---------------|
| 1. Tumores o Cáncer | SI ___ NO ___ | 9. Diabetes Mellitus | SI ___ NO ___ |
| 2. Enfermedades del corazón | SI ___ NO ___ | 10. Enfermedades Pulmonares | SI ___ NO ___ |
| 3. Infartos | SI ___ NO ___ | 11. Derrame Cerebral | SI ___ NO ___ |
| 4. Presión Arterial Alta | SI ___ NO ___ | 12. Tiene Pendiente alguna Operación | SI ___ NO ___ |
| 5. Insuficiencia Renal | SI ___ NO ___ | 13. Está bajo Tratamiento Médico | SI ___ NO ___ |
| 6. SIDA | SI ___ NO ___ | 14. Otras Enfermedades | SI ___ NO ___ |
| 7. Enfermedades Mentales | SI ___ NO ___ | 15. Padece de alguna discapacidad física | SI ___ NO ___ |
| 8. Ceguera o discapacidad visual grave | SI ___ NO ___ | | |

SI CUALQUIERA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES ES AFIRMATIVA, DETALLE:

PREGUNTAS	ENFERMEDAD, DOLENCIA, FECHA Y TRATAMIENTO

III. BENEFICIARIOS EN CASO DE MUERTE

PRINCIPALES

INSTITUCIÓN FINANCIERA	TIPO DE BENEFICIARIO	SALDO DEUDOR
	CESIONARIO IRREVOCABLE	

En conformidad al Artículo 1141 y 1143 del Código de Comercio.

SEGURO DE VIDA POR SALDO DE DEUDA SOLICITUD PARA INSCRIPCIÓN EN SEGURO



El abajo firmante declara que los datos aquí consignados son verdaderos y exactos y que no ha omitido, desvirtuado, ni ocultado antecedentes médicos y conviene en que las respuestas anteriores forman parte de la Solicitud de Seguros, y si en base de las mismas se emitiera cobertura, esta será nula y quedará sin efecto si hay omisión, inexactitud o falsedad en las declaraciones anteriormente dadas, también acepta que en el caso de que hubiere respuesta afirmativa, la Aseguradora se reservará el derecho a solicitar pruebas adicionales de asegurabilidad de acuerdo con sus normas de selección así como de emitir o no la cobertura correspondiente que estará sujeta a aceptación expresa de la Aseguradora.

Con la consecuente suspensión o pérdida de los derechos de indemnización del solicitante o del beneficiario en su caso.

BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, Yo, el abajo firmante, autorizo por este medio, al Instituto Hondureño de Seguridad Social, o a cualquier clínica, hospital, médico, paramédico, laboratorio o cualesquiera otras personas para que proporcione a SEGUROS ATLANTIDA, S.A. información sobre mi salud, o antecedentes, incluyendo copia de las historias clínicas sobre mi salud, en caso de presentarse un siniestro.

Nombre y Firma del Solicitante _____ Fecha: Día _____ Mes _____ Año _____