

SOLICITUD DE SEGURO "SEGURO ESTUDIANTE VIDA COLECTIVO"

Número de Póliza:									
Datos del Asegurado									
Primer Apellido			Segundo Apellido			Nombre		Apellido Casada	
Lugar de Nacimiento			Fecha de Nacimiento			Edad		Nacionalidad	
Número de Identificación			Día	Mes	Año				
DNI						Pasaporte		Carnet de Residente	
Sexo	M	F	Estado Civil		S	C	V	Nombre Completo del Cónyuge	
Dirección Completa de Residencia:									
Teléfono de Residencia		Fax No.		Correo Electrónico			Sitio Web		
Profesión, ocupación u oficio			Nombre del Negocio (si aplica)			Giro o actividad económica del negocio			
Nombre de la empresa donde labora			Posición/cargo que desempeña			Tiempo de laborar en la empresa			
Dirección completa de la empresa donde labora									
Teléfono del Trabajo		Fax No.		Correo Electrónico			Sitio Web		
Dirección completa del inmueble a asegurar									
Especifique detalladamente su fuente de Ingresos:									
Mantiene pólizas suscritas con esta u otra (s) aseguradora (s)?, (especifique: nombre de la aseguradora, tipo de seguro, suma asegurada)									
Beneficiarios: (Anotar nombre completo, en letra de molde)				DNI		Parentesco		Porcentaje%	
Datos del Contratante									
Razón o Denominación Social				Nombre Comercial			No. RTN (adjuntar fotocopia)		
Información Personal del autorizado para contratar				DNI		Tipo de Identificación			
Nombre completo, (como aparece en el documento de identidad)				DNI		Pasaporte.		Carnet Resd.	
Sexo		Estado Civil		Nacionalidad		Dirección de Residencia		Teléfono	
M	F	S	C	V					
Dirección Completa del Contratante									
Teléfono		Fax No.		Correo Electrónico			Sitio Web		
Actividad Económica _____					Mantiene Pólizas suscritas con otra (s) aseguradora (s); favor adjunta fotocopia de escritura social y sus reformas)				
					(especificar nombre, tipo de seguro, suma asegurada)				

COBERTURAS BASICAS

COBERTURAS APLICABLES A ESTUDIANTES	NOMBRE COMPLETO ESTUDIANTE, PADRES Y/O TUTOR	SUMA ASEGURADA	DEDUCIBLE
Reembolso de Gastos Médicos por Accidente			
Renta Diaria Por Hospitalización por Accidente			
COBERTURAS APLICABLES AL PADRE, MADRE O TUTOR LEGAL			
Fallecimiento de Padre , Madre o Tutor Legal			
Desmembramiento Y/O Pérdida de la Vista por Accidente o Tutor Legal			
Incapacidad Total o Permanente por Accidente o Tutor Legal			

COBERTURAS ADICIONALES	NOMBRE COMPLETO ESTUDIANTE, PADRES Y/O TUTOR	SUMA ASEGURADA
Reembolso de Gastos Médicos del Estudiante por Enfermedad		
Rehabilitación Psicológicas por Acoso Escolar		

Fecha de Emisión

Inicio de Vigencia

Finalización de Vigencia

PERIODICIDAD DE PAGO DE LA PRIMA:

Mensual Trimestral Semestral Anual

Tipo de Moneda: Lempiras Dólares Otra Moneda: _____

Se firma la presente solicitud en _____ a los _____ del mes _____ de 20 _____

Fecha

Firma Contratante

