

SOLICITUD DE SEGURO DE
VIDA INDIVIDUAL TEMPORAL



A. DATOS DE LA PERSONA ASEGURADA

Primer nombre		Segundo nombre		Primer apellido		Segundo apellido	
D.N.I. <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Carnet de residencia <input type="checkbox"/>		No. de documento		Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) 		Sexo F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
RTN de la persona asegurada		Lugar de Nacimiento		Nacionalidad 1		Nacionalidad 2	
Estado civil		Nombre del cónyuge		Teléfono de residencia		Número de celular	
Dirección de residencia actual de la Persona Asegurada		Municipio		Departamento		País	
		Teléfono de residencia		Número de celular		Correo electrónico	
Profesión, oficio o actividad económica que practica		Nombre de la empresa donde labora o del negocio propio		Giro del negocio			
Dirección de la empresa o negocio propio		Municipio		Departamento		País	
		Tiempo de laborar		Teléfono de la empresa o negocio propio		Cargo que desempeña	
Con qué instituciones financieras posee cuentas bancarias				Origen de los recursos			
Elija el rango de su ingreso mensual en cantidad de salarios mínimos: <input type="checkbox"/> De 0 - 3 <input type="checkbox"/> De 4 - 6 <input type="checkbox"/> De 7 - 10 <input type="checkbox"/> De 11 - 20 <input type="checkbox"/> De 21 - 50 <input type="checkbox"/> De 50 en adelante				¿Posee otros Seguros? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Qué tipos de Seguros?	
				Indique la(s)		Indique las sumas aseguradas:	
¿Depende de alguien economicamente? Indique nombre/relación:				¿Recibe ingresos de otras actividades? Indique fuente:			
¿Tributa para el Gobierno de EUA? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Indique No. de Identificación Tributaria:		¿Cliente es APNFD? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Indique actividad APNFD que realiza:	
¿Ha desempeñado algún cargo público en los últimos 5 años?*				Indique cargo e institución (si aplica):			

Si No

*En caso afirmativo, llenar formulario adicional Persona Políticamente Expuesta (PEP).

B. DATOS DEL SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL

B.1) INFORMACIÓN GENERAL

Tipo de Moneda Lempiras <input type="checkbox"/> Dólares <input type="checkbox"/>		Suma asegurada que cubrirá el seguro		Plazo del seguro (indique cantidad de meses o años)	
Estatura del Solicitante M <input type="checkbox"/> PIES <input type="checkbox"/>		Peso del Solicitante KG <input type="checkbox"/> LBS <input type="checkbox"/>		Edad	
Vigencia Desde / Hasta		Describa el motivo del seguro			
¿Póliza será endosada? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		En caso de 'Si', indique la institución financiera			

B.2) COBERTURAS

Seleccione las coberturas que desea en su seguro:

Tipo	Cobertura	Suma Asegura	Amparado
Básica	Muerte por Cualquier Causa		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Básica	Pago Anticipado de la Suma Asegurada de la Cobertura de Muerte por Cualquier Causa por Incapacidad Total y Permanente por Accidente o Enfermedad		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Adicional	Indemnización Adicional por Muerte o Pérdidas Orgánicas por Accidente		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

B.3) ANTECEDENTES PERSONALES

1) ¿Ha sido objeto de proceso judicial alguno?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2) ¿Ha recibido sentencia condenatoria en su contra en algún proceso judicial?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3) ¿Ha estado, esta o podría estar involucrado en una actividad legal o ilegal que podría poner en riesgo su vida?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
4) ¿Tiene conocimiento de la existencia de un riesgo legal o potencial que pueda tener como consecuencia directa o indirecta su fallecimiento?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
5) ¿Ha sido objeto de algún tipo de amenaza directa o indirecta?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

En caso de haber respondido SI a alguna de las consultas anteriores, por favor elabore:

B.4) DECLARACIÓN DE SALUD

1) Antecedentes de salud. En base a su mejor conocimiento, ¿usted ha padecido o padece actualmente, de alguna de las siguientes enfermedades, trastornos ó hábitos?: Diabetes, hipertensión, desórdenes cardíacos, cáncer, enfermedad congénita o hereditaria u cualquier otro padecimiento?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2) Antecedentes de salud familiar. En base a su mejor conocimiento a su historial familiar, ¿sus padres o abuelos han padecido o padecen actualmente, de alguna de las siguientes enfermedades, trastornos ó hábitos?: Diabetes, hipertensión, desórdenes cardíacos, cáncer, enfermedad congénita o hereditaria u cualquier otro padecimiento?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3) Ingesta de medicamentos de forma habitual. Por ejemplo: para el corazon, insulina, para la presión sanguínea.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
4) Consumo de tabacco. ¿Usted fuma? Indicar cantidad y frecuencia.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
5) Bebidas alcohólicas. ¿Consume usted bebidas alcohólicas? Indicar cantidad y frecuencia.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

6) Procedimientos quirúrgicos: ¿Le han practicado algún procedimiento quirúrgico en los últimos 2 años? o ¿Tiene programado algún procedimiento quirúrgico?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
7) Embarazos: Si usted es mujer, ¿Está usted embarazada? o ¿Tiene programado algún embarazo?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
8) Cambios de peso. ¿Ha aumentado o disminuido de peso en los últimos dos años? ¿Cuánto y cuál fue la causa?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Detalle: Por favor provea la información completa en esta sección si: (1) Respondió SI en el alguna de las preguntas de la **Declaración de Salud** o (2) Padece de alguna otra enfermedad, trastorno, lesión no mencionado anteriormente.

Pregunta #	Fecha de diagnóstico	Diagnóstico o tratamiento	Nombre y dirección del médico y/u hospital tratante	En caso de familiar indique nombre y parentesco

B.5) INFORMACIÓN DE BENEFICIARIOS

Preferentes

Nombres y apellidos	D.N.I.	Parentesco	Edad	Porcentaje %

Contingentes

Nombres y apellidos	D.N.I.	Parentesco	Edad	Porcentaje %

C. DETALLE DE PAGO Y CUOTAS

RESUMEN DE CUOTAS DE LA PRIMA TOTAL ANUAL

RESUMEN DE PAGO

Prima neta anual		Forma de pago	
Gastos de emisión		Anual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	
Descuentos		No. de Cuotas	
Recargos		Valor de 1ra Cuota	
Prima total anual:		Valor de Demás Cuotas	

D. ACLARACIONES E INSTRUCCIONES ESPECIALES

Queda entendido que si dentro de 30 (treinta) días a partir de hoy no recibo la póliza, ni aviso relacionado con esta solicitud, ésta será considerada rechazada. Estoy de acuerdo en que la aceptación de la Póliza emitida de conformidad en los términos de esta solicitud constituirá una ratificación por parte mía de las declaraciones

convenida en los términos de esta solicitud constituya una ratificación por parte mía de las declaraciones contenidas en ellas. Si Seguros Continental, S.A. rehúsa aceptar esta solicitud de acuerdo con el plan, cantidad y tipo de prima solicitados, se me reintegrará cualquier depósito o adelanto que haya efectuado para la emisión de la Póliza que solicito y que ninguna persona excepto un oficial ejecutivo de Seguros Continental, S.A., podrá actuar en nombre de Seguros Continental, S.A., para efectuar, modificar o cancelar el contrato o hacer que Seguros Continental, S.A., renuncie a sus derechos o requisitos y que ninguno de estos actos podrán ser efectuados por el agente de Seguros Continental, S.A. que llene esta solicitud. Así mismo declaro haber recibido copia íntegra de las CONDICIONES GENERALES de la Póliza cuya expedición solicité y estar enterado del contenido de las mismas que doy por aceptadas. Seguros Continental, S.A. se reserva el derecho a efectuar los pagos correspondientes a indemnizaciones en la divisa que considere pertinente.

E. DECLARACIONES DEL SOLICITANTE Y ACCESO PARA EVALUACIÓN CREDITICIA

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 y/o privadas toda la información relevante con el fin de consultar datos de las obligaciones que mi persona pueda tener en el sistema financiero así como mi record crediticio y reputacional. Asimismo declaro que he sido enterado y acepto las Condiciones Generales descritas, misma que figuran en la póliza y/ fianza solicitada. **Origen de fondos y aceptación de cláusula:** 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 y no están vinculadas a estas directamente o indirectamente involucradas en las actividades ilícitas contempladas en el código penal hondureño i; 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 que la información proporcionada parcial o totalmente es inexacta, omisa, falsa, engañosa o reticente, dará derecho a Seguros Continental SA 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.

F. AUTORIZACIÓN DE MÉTODOS DE PAGO

Ofrecemos opciones de pago fácil y seguras. Indique la forma de pago que más le convenga:

Extra-financiamiento BAC. 0% interés hasta 12 meses.

Débito Automático. En caso de seleccionar esta opción, proporcione la siguiente información.

Banco Emisor de Tarjeta:

Número de Tarjeta:

Fecha del mes que desea que se realice el débito:

Al llenar este formulario, **AUTORIZO** a **SEGUROS CONTINENTAL, S.A.** debitar mi tarjeta de crédito o débito en **AUTOMÁTICO** con la información detallada debajo. Entiendo que el débito podrá ser cancelado

FIRMA DEL SOLICITANTE

FECHA

IMPORTANTE: AL ASUMIR EL ROL DE **INTERMEDIARIO**, RECONOZCO PLENAMENTE MI RESPONSABILIDAD EN EL ENVÍO DE ESTE FORMULARIO, ASÍ COMO EN LA RECOLECCIÓN DE LA PRIMA. CONFIRMO QUE NO TENGO CONOCIMIENTO DE NINGUNA CONDICIÓN O CIRCUNSTANCIA QUE NO HAYA SIDO DECLARADA EN ESTE FORMULARIO Y QUE PODRÍA AFECTAR LA ELEGIBILIDAD DE LOS SOLICITANTES PARA EL SEGURO.

FIRMA DEL EMBAJADOR DE SEGUROS / CORREDURÍ FECHA

NOMBRE DEL EMBAJADOR DE SEGUROS / CORREDU CÓDIGO

G. PARA USO EXCLUSIVO DE LA COMPAÑIA

NOMBRE DEL EJECUTIVO DE NEGOCIOS

CÓDIGO

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución No.40/06-12-2024