

SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL TEMPORAL

SOLICITUD DE SEGURO



Tipo de Póliza

Protección Familiar

Cesión Bancaria

Número de Póliza

Vigencia Desde

Vigencia Hasta

Corredor

Plazo del seguro contratado (años)

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)

D

M

A

RTN

1

2

Tipo de Identificación

DNI

Pasaporte

Carnet Residente

Género

Estado Civil

M

F

Soltero

Casado

Viudo

Divorciado

Unión Libre

En el caso de ser extranjero, favor indicar su condición migratoria:

Profesión, oficio u ocupación

Rubro: AsalariadoComercianteJubiladoPensionadoOtros

Si es jubilado o pensionado, indicar con cual Instituto de Previsión Social del País

Nombre completo del cónyuge (si aplica)

Dirección completa de domicilio

DepartamentoMunicipioCiudad

Número de permiso de trabajo

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):

0-34-67-1011-2021-50Más de 50 adelante

¿Desempeña o ha desempeñado algún cargo público en los últimos dos (2) años?

SiNo

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 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, Aseguradora Rural 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 ☐ Diario ☐ Semanal ☐ Ocasional	☐	☐
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 mamas?	☐	☐

¿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 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 Aseguradora Rural, 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.

Aseguradora Rural 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
ASEGURADORA RURAL HONDURAS, S.A.

FIRMA DE CORREDOR

ASEGURADO

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

PARA USO INTERNO DE ASEGURADORA RURAL, S.A.