

La solicitud deberá ser llenada con letra de molde y sin omitir datos, sin tachaduras, borrones ni manchones.

Nombre del contratante o Patrono	No. De póliza	No. De Certificado

A. DATOS GENERALES DEL ASEGURADO

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Lugar de nacimiento	Fecha de nacimiento Día Mes Año	Sexo M ☐ F ☐	Nacionalidades 1 2
DNI ☐ Carnet de residencia ☐ Pasaporte ☐	No. de documento		Fecha de Expiración del documento Día Mes Año
RTN	Estado civil	Nombre completo del cónyuge	Teléfono celular del cónyuge
Dirección de residencia del asegurado	Municipio	Departamento	País
	Teléfono de residencia	Número de celular	Correo electrónico
Profesión, oficio o actividad económica que se dedica	Nombre de la empresa donde labora o negocio propio	Giro del negocio	Cargo que desempeña
Dirección de la empresa o negocio propio	Municipio	Departamento	País
Con qué instituciones financieras posee cuentas bancarias	Teléfono de la empresa o negocio propio	Correo electrónico	Origen de los recursos
Elije el rango de su ingreso mensual en cantidad de salarios mínimos De 0-3 ☐ De 4-6 ☐ De 7-10 ☐ De 11 - 20 ☐ De 21-50 ☐ De 51 en adelante ☐			
¿Posee otros Seguros? Si ☐ No ☐	¿Qué tipos de Seguros?	¿Depende de alguien económicamente? Indique nombre/relación:	
Indique la(s) compañía(s)	Indique las sumas aseguradas	¿Recibe ingresos de otras actividades? indique fuente:	
¿Tributa para el Gobierno de EUA? Si ☐ No ☐	Indique No. de Identificación Tributaria de EUA	¿Cliente es APNFD? Si ☐ No ☐	Indique actividad APNFD que realiza
¿Ha desempeñado algún cargo público en los últimos 5 años?*		Indique cargo e institución (si aplica)	
Estatura del Solicitante M ☐ _____ PIES ☐ _____		Peso del Solicitante	Edad

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

B. DATOS DEL SEGURO DE VIDA COLECTIVO

B1. COBERTURAS

COBERTURAS BÁSICA

No.	Cobertura	Amparado/No Amparado	Suma Asegurada
I)	MUERTE POR CUALQUIER CAUSA		
II)	PAGO ANTICIPADO DE LA SUMA ASEGURADA POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE		

COBERTURAS ADICIONALES

No.	Cobertura	Amparado/No Amparado	Suma Asegurada
a)	Indemnización Adicional por muerte accidental o Desmembramiento.		
b)	Indemnización adicional por muerte accidental calificada.		
c)	Reembolso de gastos médicos por accidente.		
d)	Exoneración de Pago de Prima por Incapacidad Total y Permanente por Enfermedad o Accidente.		
e)	Anticipo de suma asegurada por enfermedad terminal.		
f)	Gastos Fúnebres		
g)	Repatriación		
h)	Ayuda alimentaria		

B2. ANTECEDENTES PERSONALES

1	¿Ha sido objeto de proceso judicial alguno?	Si ☐	No ☐
2	¿Ha recibido sentencia condenatoria en su contra en algún proceso?	Si ☐	No ☐
3	¿Ha estado, esta o podría estar involucrado en una actividad legal o ilegal que podría poner en riesgo su vida?	Si ☐	No ☐
4	¿Tiene conocimiento de la existencia de un riesgo legal o potencial que pueda tener como consecuencia directa o indirecta su fallecimiento?	Si ☐	No ☐
5	¿Ha sido objeto de algún tipo de amenaza directa o indirecta?	Si ☐	No ☐
En caso de haber respondido Si a alguna de las consultas anteriores, por favor detalle			

B3. 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 ☐	No ☐
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 ☐	No ☐
3	Ingesta de medicamentos de forma habitual. Por ejemplo: para el corazon, insulina, para la presión sanguínea.	Si ☐	No ☐
4	Consumo de tabaco. ¿Usted fuma? Indicar cantidad y frecuencia.	Si ☐	No ☐ Cantidad _____ Frecuencia _____
5	Bebidas alcohólicas. ¿Consume usted bebidas alcohólicas? Indicar cantidad y frecuencia.	Si ☐	No ☐ Cantidad _____ Frecuencia _____
6	Procedimientos quirúrgicos: ¿Le han practicado algun procedimiento quirúrgico en los últimos 2 años? o ¿Tiene programado algun procedimiento quirúrgico?	Si ☐	No ☐
7	Embarazos. Si usted es mujer, ¿Está usted embarazada? o ¿Tiene programado algún embarazo?	Si ☐	No ☐
8	Cambios de peso. ¿Ha aumentado o disminuido de peso en los últimos dos años? ¿Cuánto y cuál fue la causa?	Si ☐	No ☐ _____

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	Tratamiento o Diagnóstico	Nombre y dirección del médico y/u hospital tratante	En caso de familiar indique nombre y parentesco

B4. INFORMACIÓN DE BENEFICIARIOS

Preferentes

Nombres y apellidos	No. de DNI	Parentesco	Edad	% Participación	PEP SI/NO

Contingentes

Nombres y apellidos	No. de DNI	Parentesco	Edad	% Participación	PEP SI/NO

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 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. Asimismo declaro haber recibido copia íntegra de las **CONDICIONES GENERALES, CONDICIONES PARTICULARES, SOLICITUD DE SEGURO** 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.

C. DECLARACIONES DEL ASEGURADO

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 y 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 clausula: 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 S.A. 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.

Lugar y fecha:

Nombre del Asegurado

Firma del Asegurado