

Seguros Atlántida, S.A, con domicilio en Tegucigalpa Honduras, denominada en adelante como “La Aseguradora” de acuerdo con las condiciones generales y endosos basándose en las declaraciones contenidas en la solicitud presentada por el Asegurado. La presente Solicitud forma parte integral de la Póliza.

Lugar:	Fecha:
Nombre del Asegurado:	
Fecha de nacimiento:	Documento Nacional de Identificación:
Sexo:	Edad:
Profesión:	Empresa:
Domicilio:	Antigüedad:
Correo electrónico:	Teléfono:

Cobertura / Plan	A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>
Desempleo involuntario	L. 5,000.00	L. 8,000.00	L. 10,000.00
Total por 3 meses	L. 15,000.00	L. 24,000.00	L. 30,000.00
Fallecimiento por causa de accidente	L. 15,000.00	L. 15,000.00	L. 15,000.00
Asistencia Canasta Básica	L. 2,000.00	L. 2,000.00	L. 2,000.00
Total por 3 meses	L. 6,000.00	L. 6,000.00	L. 6,000.00
Asistencia desempleo	✓	✓	✓

Forma de pago:	Prima
Mensual <input type="checkbox"/>	L.
Anual <input type="checkbox"/>	L.

AUTORIZACION DE COBRO
Autorizo a cobrar la prima estipulada anteriormente de acuerdo con la periodicidad indicada en forma de pago en la siguiente cuenta:

Medio de pago		Forma de pago
Cargo a Tarjeta de crédito	Débito a cuenta de ahorro / cheques	

Beneficiarios:

Nombre completo	Parentesco	%

Beneficiarios contingentes

Nombre completo	Parentesco	%

Declaración del Asegurado

- ¿Actualmente cuenta con un trabajo en el cual esté aportado al Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS)?
SI NO
- Declaro que no tengo conocimiento que podría ser considerado para un despido por parte de la empresa en la que actualmente laboro.
- Declaro que no cuento con llamadas de atención escritas o verbales por parte de mi patrón o el departamento de recursos humanos que puedan afectar mi estancia en la empresa.
- Declaro que desconozco que la empresa para la cual laboro está en peligro de quiebra, cerrar sus puertas o hacer un despido masivo.
- Declaro que conozco que la cobertura se renovará automáticamente de acuerdo con la modalidad de pago de la prima, a no ser que una de las partes manifieste lo contrario con treinta (30) días de anticipación. Si es por parte del Asegurado, deberá entregar el original de las condiciones particulares de la póliza o solicitar la cancelación por escrito.

6. Declaro que he leído, conozco y acepto las condiciones generales y endosos de la póliza sobre la cual se emite la póliza del seguro y estoy de acuerdo con sus términos, condiciones, coberturas, limitaciones y exclusiones.

Por medio de la presente solicitud, libre y espontáneamente doy mi consentimiento para ser Asegurado en la Póliza "Seguro Trabajo Seguro" expedida por Seguros Atlántida, S.A.

Seguros Atlántida, S.A. conviene en amparar a las personas aseguradas de acuerdo a las Condiciones Generales de la póliza, siempre y cuando la póliza se encuentre vigente al momento de ocurrir el riesgo cubierto.

Seguros Atlántida, S.A., Edificio SONISA, Apartado postal 3373, Tegucigalpa, M.D.C. Honduras, C.A., Teléfono 2232-4014

Firma del Solicitante

