

**SEGURO COLECTIVO DE VIDA**  
**SOLICITUD PARA INSCRIPCIÓN EN SEGURO**



De acuerdo con las condiciones de la Póliza No. \_\_\_\_\_ de SEGURO COLECTIVO DE VIDA, emitida a nombre de \_\_\_\_\_ con R.T.N. \_\_\_\_\_

se solicita inscribir como asegurado a \_\_\_\_\_  
 quién ingresó el \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ y con remuneración de \_\_\_\_\_ por mes.  
 La suma asegurada correspondiente es de \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Firma Autorizada para Contratar

**I. DATOS DEL ASEGURADO**

Primer Apellido		Segundo Apellido		Nombres	
Lugar de Nacimiento		Fecha de Nacimiento		Edad	
		Día _____ Mes _____ Año _____			
Número de Identificación y R.T.N. (Anexar copia)		Tipo de Identificación			
		Tarjeta de Identidad <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Carné de Residente <input type="checkbox"/>			
Sexo		Estado Civil		Nombre Completo del Cónyuge o Pareja	
M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> UL <input type="checkbox"/>			
Dirección Completa de Residencia:					
Departamento:			Municipio:		
Ciudad:			Barrio o Colonia:		
Teléfono de Residencia:		Celular No.:		Correo Electrónico:	
Profesión, Ocupación o Actividad Económica:					
Dirección Completa de la Empresa donde Labora:					
Tiempo de laborar en la empresa:			Cargo que desempeña:		
Teléfono de Trabajo:			Correo Electrónico:		
¿Mantiene pólizas suscritas con esta u otra(s) aseguradora(s)? (Especifique: Nombre de la Aseguradora, tipo de seguro, suma asegurada)					

**II. ANTECEDENTES DE SALUD**

a) Peso (en lbs) \_\_\_\_\_ Estatura (en mts) \_\_\_\_\_

b) ¿Padece el solicitante o le ha sido diagnosticado o está en tratamiento de las siguientes enfermedades?

- |                             |   |                                      |   |
|-----------------------------|---|--------------------------------------|---|
| 1. Tumores o Cáncer         | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 8. Diabetes Mellitus                 | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 2. Enfermedades del Corazón | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 9. Enfermedades Pulmonares           | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 3. Infartos                 | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 10. Derrame Cerebral                 | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 4. Presión Arterial Alta    | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 11. Tiene Pendiente alguna Operación | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 5. Insuficiencia Renal      | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 12. ¿Está bajo Tratamiento Médico?   | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 6. SIDA                     | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 13. Otras enfermedades               | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 7. Enfermedades Mentales    | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |                                      |   |

SI CUALQUIERA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES ES AFIRMATIVA, DETALLE:

PREGUNTAS	ENFERMEDAD, DOLENCIA, FECHA Y TRATAMIENTO

### III. BENEFICIARIOS EN CASO DE MUERTE

#### PRINCIPALES

NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	DISTRIBUCIÓN

#### CONTINGENCIA (En caso de no existir los beneficiarios principales al momento del fallecimiento)

NOMBRE	PARENTESCO	DISTRIBUCIÓN

En conformidad al Artículo 1141 y 1143 del Código de Comercio.

El abajo firmante declara que los datos aquí consignados son verdaderos y exactos y que no ha omitido, desvirtuado, ni ocultado antecedentes médicos y conviene en que las respuestas anteriores forman parte de la Solicitud de Seguros, y si en base de las mismas se emitiere cobertura, esta será nula y quedará sin efecto si hay omisión, inexactitud o falsedad en las declaraciones anteriormente dadas, también acepta que en el caso de que hubiera respuesta afirmativa, la Aseguradora se reservará el derecho a solicitar pruebas adicionales de asegurabilidad de acuerdo con sus normas de selección así como de emitir o no la cobertura correspondiente que estará sujeta a aceptación expresa de la Aseguradora.

Con la consecuente suspensión o pérdida de los derechos de indemnización del solicitante o del beneficiario en su caso.

BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, Yo, el abajo firmante, autorizo por este medio, aún en caso de mi muerte, al Instituto Hondureño de Seguridad Social, o a cualquier clínica, hospital, médico, paramédico, laboratorio o cualesquiera otras personas para que proporcionen a SEGUROS ATLÁNTIDA, S.A. información sobre mi salud, o antecedentes, incluyendo copia de las historias clínicas sobre mi salud.

Nombre y Firma del Solicitante \_\_\_\_\_ Fecha: Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_