

TEMPORAL ANUAL RENOVABLE

Este documento solo constituye una solicitud de seguro y por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la Aseguradora.

I. DATOS GENERALES DEL ASEGURADO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
No de R.T.N. (Anexar copia)	No. de Identificación (Anexar Copia)	Tipo de Identificación	
		Tarjeta de Identidad <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/>	
		Carné de Residente <input type="checkbox"/>	

II. DATOS COMPLEMENTARIOS

1. Fecha de Nacimiento _____
2. Ingresos Mensuales L. _____
3. ¿Mantiene pólizas suscritas con esta u otra(s) aseguradora(s)? (Especifique: Nombre de la Aseguradora, tipo de seguro, suma asegurada)
4. ¿Practica algún deporte o afición? _____
5. Datos de la cobertura:

INICIO DE LA VIGENCIA: _____ (día) _____ (mes) 20____ (año)		MONEDA: _____
Temporal Anual Renovable		
SEGURO DE VIDA	SUMA ASEGURADA	
A) Cobertura de Fallecimiento		
B) Cobertura de Gastos Fúnebres		
C) Cobertura de Gastos de Repatriación		
COBERTURAS ADICIONALES		
A) Indemnización por Muerte Accidental		
B) Adelanto por Pérdidas Orgánicas o Miembros Corporales		
C) Muerte Accidental en Edificios Públicos		
D) Muerte en Accidentes de Tránsito		
E) Adelanto por Invalidez Total y Permanente a causa de Accidente o Enfermedad		
F) Gastos de Escolaridad por Fallecimiento		
G) Canasta Básica por Fallecimiento		
COBERTURAS OPCIONALES ESPECIALES		
Anexo I Renta Diaria por Hospitalización		
Anexo II Enfermedades Graves y Trasplantes		

6. BENEFICIARIOS

Identidad No.	Nombre	Dirección	Parentesco	Porcentaje

7. BENEFICIARIOS CONTINGENTES

Identidad No.	Nombre	Dirección	Parentesco	Porcentaje

Queda perfectamente entendido y convenido que el Asegurado tiene la facultad de nombrar o modificar los beneficiarios consignados en el presente certificado en cualquier tiempo, sin embargo esta gestión debe efectuarse por vía escrita.

8. BENEFICIARIOS IRREVOCABLES

Llenar en caso de que el seguro sea para respaldar un crédito:

Nombre	Institución	Porcentaje

Observaciones del Asegurado sobre la designación de Beneficiarios Irrevocables: Si el presente seguro ha sido cedido en garantía al o los Beneficiarios irrevocables designados, automáticamente se está traspasando los derechos del Asegurado y Beneficiarios a los Beneficiarios Irrevocables inscritos.

Si los derechos del Beneficiario Irrevocable fueron menores a la Suma Asegurada, los remanentes serán pagados a los beneficiarios designados e inscritos en la póliza.

9. PRIMAS

PRIMA TOTAL: _____ FRECUENCIA DE PAGO: _____ MODO DE PAGO: _____

10. DECLARACIÓN DE SALUD

Fumador: SI NO Estatura: _____ (mts.) Peso: _____ (libras)

11. ¿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"/> | 7. Diabetes Mellitus | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 2. Enfermedades del Corazón | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 8. Enfermedades Pulmonares | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 3. Infartos | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 9. Derrame Cerebral | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 4. Hipertensión Arterial | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 10. Enfermedades Mentales | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 5. Insuficiencia Renal | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 11. Tiene Pendiente alguna Operación | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 6. SIDA | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 12. Está bajo Tratamiento Médico | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |

*Si ha respondido SI a alguna de las preguntas anteriores amplie información a continuación:

No. de Pregunta	Fecha	Información (Información sobre enfermedad, fecha y tratamiento)

Favor indicar Fecha de última visita al médico y nombre del médico y hospital:

Fecha: _____

Médico: _____

Clínica: _____

¿Ha estado hospitalizado? SI NO Fecha: _____

Causa: _____

¿Ha solicitado algún seguro de vida que haya sido denegado por alguna Aseguradora? SI NO

Detalles: _____

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.

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.

Queda entendido y convenido que la presente solicitud forma parte integrante del Contrato de Seguros, así mismo hago constar que he recibido las Condiciones Generales de la póliza a emitirse.

Nombre y Firma del Solicitante _____ Fecha de Solicitud _____