

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 _____