

SOLICITUD- CERTIFICADO SEGURO DE VIDA COLECTIVO SALDO DE DEUDA SIN PAGO A BENEFICIARIO



USO EXCLUSIVO DEL CONTRATANTE

Número de Póliza Plan Contratado: Sin beneficiarios designados Con beneficiarios designados

Tipo de Moneda de la Póliza

Razón o Denominación social	Nombre Comercial
-----------------------------	------------------

No. De Préstamo Préstamo Personal Préstamo Hipotecario Préstamo Prendario Otros

Tipo de Operación <input type="checkbox"/> Solicitud nueva <input type="checkbox"/> Refinanciamiento	Monto del Préstamo actual <input type="text"/> Aumento <input type="text"/> Nuevo Monto <input type="text"/>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Monto del Préstamo otorgado <input type="text"/>	Fecha de Emisión	Inicio de Vigencia	Finalización de Vigencia
Plazo del préstamo <input type="text"/> Meses			

Periodicidad de Pago de la Prima: Anual Mensual Quincenal Semanal

DATOS DEL ASEGURADO

Nombre (s)	Primer Apellido	Segundo Apellido
------------	-----------------	------------------

Lugar de Nacimiento	Fecha de Nacimiento D <input type="text"/> M <input type="text"/> A <input type="text"/>	Número de DNI RTN <input type="text"/>	Edad <input type="text"/>	Nacionalidad (es) 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/>
---------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------	---------------------------	-----------------------------------------------------------------------

Tipo de Identificación <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Carnet Residente	Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Unión Libre
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

En el caso de ser extranjero, favor indicar su condición migratoria: <input type="checkbox"/> Residente Temporal <input type="checkbox"/> Visitante o Turista <input type="checkbox"/> Residente Permanente <input type="checkbox"/> Permiso Consular o similar <input type="checkbox"/> Permiso de Tránsito <input type="checkbox"/> Permiso de Trabajo <input type="text"/> Número de permiso de trabajo <input type="text"/>	Profesión, oficio u ocupación <input type="text"/> Rubro: Asalariado <input type="checkbox"/> Comerciante <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Si es jubilado o pensionado, indicar con cual Instituto de Previsión Social del País <input type="text"/> Nombre completo del cónyuge (si aplica) <input type="text"/> Dirección completa de domicilio <input type="text"/> Departamento <input type="text"/> Municipio <input type="text"/> Ciudad <input type="text"/>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Referencia de dirección		
Teléfono de domicilio <input type="text"/>	Teléfono celular <input type="text"/>	Correo electrónico personal <input type="text"/>

Nombre de la empresa donde labora actualmente o nombre del negocio propio (si aplica) <input type="text"/>	Posición o cargo que desempeña <input type="text"/>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------

Tiempo de laborar <input type="text"/>	Dirección completa de la empresa donde labora y/o negocio propio <input type="text"/>
----------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------

Teléfono de Trabajo o negocio propio <input type="text"/>	Correo electrónico laboral <input type="text"/>
-----------------------------------------------------------	-------------------------------------------------

Especifique detalladamente su fuente de ingresos <input type="text"/>	Nivel aproximado de ingreso según el salario mínimo mensual vigente (SMMV): <input type="checkbox"/> 0-3 <input type="checkbox"/> 4-6 <input type="checkbox"/> 7-10 <input type="checkbox"/> 11-20 <input type="checkbox"/> 21-50 <input type="checkbox"/> Más de 50 adelante
-----------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

¿Desempeña o ha desempeñado algún cargo público en los últimos dos (2) años? Si No

Si es afirmativa; indicar el nombre de la institución pública, cargo que desempeña o ha desempeñado <input type="text"/>	Tiempo de laborar <input type="text"/>
	Periodo del cargo <input type="text"/>

Tiene préstamos vigentes con la Institución o Empresa Contratante <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Si es afirmativo; indique el valor total de préstamos vigentes <input type="text"/>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------

COBERTURAS

COBERTURAS BÁSICAS

COBERTURAS	SUMA ASEGURADA
Fallecimiento	
Invalidez o Incapacidad Total Permanente	

COBERTURA ADICIONAL

COBERTURAS	SUMA ASEGURADA
Exoneración de Pagos de Primas por Incapacidad Total o Permanente	

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS (Completar si elige el plan con beneficiarios designados)

BENEFICIARIOS PRINCIPALES

Nombre Completo	Número de DNI	Fecha de Nacimiento	Parentesco	%

BENEFICIARIOS DE CONTINGENCIA

En caso de fallecimiento de el o los principales beneficiarios designados, nombro como beneficiarios de contingencia a:

Nombre Completo	Número de DNI	Fecha de Nacimiento	Parentesco	%

En cuanto al monto de la indemnización, Aseguradora Rural Honduras, S.A., pagará al Contratante el valor del saldo adeudado del préstamo que mantiene el Asegurado; a la fecha del fallecimiento, la diferencia monetaria será pagada a los beneficiarios designados en la presente solicitud de seguro por parte del asegurado.

DECLARACION DE SALUD DEL ASEGURADO

Declaro que no he omitido ni ocultado antecedentes médicos, que me encuentro en buen estado de salud y que no padezco ni me ha sido diagnosticada ninguna enfermedad renal, cardiovascular, cerebrovascular, hipertensión, cáncer o SIDA. También declaro que mi habilidad física no se encuentra limitada y no padezco de paraplejia, cuadriplejia, sordera, ceguera, epilepsia, diabetes, hepatitis, cirrosis, apoplejía, vértigo o enfermedades mentales y reconozco que de padecer alguna de las enfermedades mencionadas anteriormente, y omitirlas en esta solicitud teniendo pleno conocimiento de la enfermedad, no tendré derecho a ningún beneficio descrito como coberturas y/o Beneficios del presente Contrato de Seguros.

Autorizo a los médicos, laboratorios clínicos, clínicas médicas, hospitales y cualquier establecimiento de salud que me han atendido para que proporcionen a Aseguradora Rural, S.A., toda la información que posean de mi estado de salud, incluyendo copia de mi historial clínico, relevándolos de cualquier prohibición legal con relación a la revelación de datos de sus registros.

Aseguradora Rural Honduras, S. A. se reserva todos los derechos que puedan asistirle en caso de que antes o después de mi fallecimiento se comprobare que esta declaración no corresponde a la verdad, por lo que no pagará las sumas aseguradas que se indican para cada cobertura y de acuerdo con lo que se estipula en las Condiciones Generales y Particulares de la Póliza.

Se firma el presente Certificado Individual en _____ a los _____ días del mes de _____ de 20 _____

FIRMA AUTORIZADA
ASEGURADORA RURAL HONDURAS, S.A.

ASEGURADO

Aseguradora Rural Honduras, S.A., cuenta con hojas de reclamación de las Instituciones Supervisadas las cuales están a disposición del Usuario Financiero que las solicite; adicionalmente Aseguradora Rural, S.A. tiene en su sitio web un apartado para cualquier sugerencia, consulta o queja de los usuarios financieros.

PARA USO INTERNO DE ASEGURADORA RURAL, S.A.
