

# SEGURO DE VIDA COLECTIVO SOLICITUD DE SEGURO



## 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	
Fecha de emisión	Inicio de vigencia	Finalización de vigencia

## DATOS DEL ASEGURADO

Nombre (s)	Primer apellido	Segundo apellido
------------	-----------------	------------------

Lugar de nacimiento	Fecha de nacimiento			Número de DNI	Edad	Nacionalidad (es)	
	D	M	A			1	2
				RTN			

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	Profesión, oficio u ocupación			
	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			
	Nombre completo del cónyuge (si aplica)			
	Dirección completa de domicilio <input type="text"/>			
	Departamento	Municipio	Ciudad	

Referencia de dirección		
Teléfono celular	Correo electrónico personal	Correo electrónico laboral

Nombre de la empresa donde labora actualmente o nombre del negocio propio (si aplica)	Posición o cargo que desempeña
---	--------------------------------

Tiempo de laborar	Dirección completa de la empresa donde labora y/o negocio propio
-------------------	--

Teléfono de trabajo o negocio propio	
--------------------------------------	--

Especifique detalladamente su fuente de ingresos	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?		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
--	--	---

Si es afirmativa; indicar el nombre de la institución pública, cargo que desempeña o ha desempeñado	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 Y LÍMITES

COBERTURAS	SUMA ASEGURADA	DEDUCIBLES
Cobertura básica Fallecimiento		
Cobertura adicional por fallecimiento accidental		
Cobertura adicional por fallecimiento accidental calificado		
Cobertura adicional de anticipo de suma asegurada por invalidez o incapacidad total permanente		
Cobertura adicional de exoneración de pago de prima por invalidez o incapacidad total permanente		
Cobertura adicional de anticipo de suma asegurada en caso de enfermedad terminal		
Cobertura adicional por desmembramiento y/o pérdida de la vista por accidente		
Cobertura adicional de reembolso por gastos médicos por accidente del asegurado		
Cobertura adicional de renta diaria por hospitalización por accidente		
Cobertura adicional de ayuda alimentaria		

Cobertura adicional de gastos fúnebres del asegurado		
Cobertura adicional de gastos fúnebres del núcleo familiar		
Cobertura adicional de gastos de repatriación		
Cobertura adicional de gastos de expatriación		

## 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.

## CUESTIONARIO DE SALUD DEL ASEGURADO

Con el objetivo de validar su solicitud, deberá contestar a cada una de las preguntas indicadas en el cuestionario de salud (Deberá de completar cada interrogante utilizando su letra favor, la cual deberá ser legible, sin borrones ni tachaduras)

Peso <input type="text"/> Lbs    Estatura <input type="text"/> Mts.	<b>Si</b>	<b>No</b>
1. ¿Ha sido sometido o se le ha indicado alguna intervención quirúrgica?		
2. ¿Ha estado hospitalizado por enfermedad o accidente?		
3. ¿Ha padecido de diabetes, cáncer, tumores, quistes, enfermedades de presión arterial?		
4. ¿Ha padecido de enfermedades del corazón, pulmones, vías respiratorias?		
5. ¿Ha padecido de enfermedades relacionadas con los riñones, hígado, vejiga, próstata y/o alteraciones digestivas?		
6. ¿Ha padecido de ansiedad, depresión o enfermedad mental?		
7. ¿Ha sido diagnosticado con VIH /SIDA o alguna enfermedad relacionada con estas?		
8. ¿Toma medicamento de uso permanente? Indique el nombre		
9. ¿Su capacidad de trabajo se ha reducido? ¿Por qué?		
10. ¿Tiene alguna incapacidad física o mental para el desempeño de sus funciones laborales o cotidianas? Si es afirmativo, detallar la institución que dictamino la incapacidad, el tipo de incapacidad y la causa que la origino		
11. ¿Fuma? ¿Si es afirmativo indicar la frecuencia diaria o semanal? <input type="checkbox"/> Diaria <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Ocasional		
12. ¿Ingiere bebidas alcohólicas? Si es afirmativo indicar frecuencia: Diaria <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Ocasional <input type="checkbox"/>		
13. ¿Padece alguna enfermedad actualmente? Si es afirmativo indique diagnóstico, fecha de diagnóstico, tratamiento, médico tratante y si usa medicamento de uso permanente. _____		
14. En caso de tener respuestas afirmativas a las preguntas anteriores, favor detallar diagnóstico médico, fechas, tratamiento, nombre de medicamentos, nombre del médico y cualquier otra información relevante. _____		
<b>Para personas del género femenino</b>		
1. ¿Está usted embarazada? En caso afirmativo, indicar meses de embarazo <input type="text"/>		
2. ¿Se ha realizado sus controles ginecológicos periódicamente?		
3. ¿Padece de alguna enfermedad ginecológica o de las mamas?		

¿Ha pertenecido a asociaciones vinculadas a ilícitos?  Si  No

¿Mantiene pólizas suscritas con esta u otra Compañía de Seguros? Si es afirmativa; especifique el nombre de la Compañía de Seguros \_\_\_\_\_ Tipo de Seguro \_\_\_\_\_ y Suma Asegurada \_\_\_\_\_

## 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.**
