

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 Solicitud nueva Refinanciamiento
Monto del Préstamo actual Aumento Nuevo Monto
Monto del Préstamo otorgado Fecha de Emisión Inicio de Vigencia Finalización de Vigencia
Plazo del préstamo 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 M A Número de DNI Edad Nacionalidad (es)
Tipo de Identificación DNI Pasaporte Carnet Residente Género M F Estado Civil Soltero Casado Viudo Divorciado Unión Libre
En el caso de ser extranjero, favor indicar su condición migratoria: Residente Temporal Visitante o Turista Residente Permanente Permiso Consular o similar Permiso de Tránsito Permiso de Trabajo
Profesión, oficio u ocupación
Rubro: Asalariado Comerciante Jubilado Pensionado Otros
Si es jubilado o pensionado, indicar con cual Instituto de Previsión Social del País
Nombre completo del cónyuge (si aplica)
Dirección completa de domicilio
Departamento Municipio Ciudad
Referencia de dirección
Teléfono de domicilio Teléfono celular Correo electrónico personal
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 Correo electrónico laboral
Especifique detalladamente su fuente de ingresos Nivel aproximado de ingreso según el salario mínimo mensual vigente (SMMV): 0-3 4-6 7-10 11-20 21-50 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
Tiempo de laborar
Periodo del cargo
Tiene préstamos vigentes con la Institución o Empresa Contratante Si No
Si es afirmativo; indique el valor total de préstamos vigentes

“Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución No POL GPU No. 12/09-12-2016”.

“Texto adecuado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución No POL GPU No. 40/26-10-2023”.

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.

“Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución No POL GPU No. 12/09-12-2016”.

“Texto adecuado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución No POL GPU No. 40/26-10-2023.”

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 Lbs Estatura Mts.	Si	No
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 Diario Semanal Ocasional		
12. ¿Ingiere bebidas alcohólicas? Si es afirmativo indicar frecuencia: Diaria ☐ Semanal ☐ Ocasional ☐		
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. _____		
Para personas del género femenino		
1. ¿Está Usted embarazada? En caso afirmativo, indicar meses de embarazo		
2. ¿Se ha realizado sus controles ginecológicos periódicamente?		
3. ¿Padece de alguna enfermedad ginecológica o de las mamás?		

¿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.

“Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución No POL GPU No. 12/09-12-2016”.

“Texto adecuado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución No POL GPU No. 40/26-10-2023”.

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.

“Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución No POL GPU No. 12/09-12-2016”.

“Texto adecuado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución No POL GPU No. 40/26-10-2023”.