

SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL

SOLICITUD DE SEGURO



Tipo de Póliza **Protección Familiar** **Cesión Bancaria**

Número de Póliza Vigencia Desde Vigencia Hasta

Corredor

EN CASO DE QUE LA SUMA SE ORIGINE DE UN PRÉSTAMO BANCARIO

| | | | |
|---|---|--|--------------------|
| Razón o Denominación social | | Nombre Comercial | |
| No. De Préstamo | <input type="checkbox"/> Préstamo Personal <input type="checkbox"/> Préstamo Hipotecario <input type="checkbox"/> Préstamo Prendario <input type="checkbox"/> Otros | | |
| Tipo de Operación <input type="checkbox"/> Solicitud nueva <input type="checkbox"/> Refinanciamiento | | Monto del Préstamo actual Aumento <input type="text"/> Nuevo Monto <input type="text"/> | |
| Monto del Préstamo otorgado | | Fecha de Emisión | Inicio de Vigencia |
| Plazo del préstamo <input type="text"/> Meses | | Finalización de Vigencia <input type="text"/> | |
| Periodicidad de Pago de la Prima: <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Semanal | | | |

DATOS DEL ASEGURADO

| | | | | |
|---|---------------------|---|--|------------------------|
| Nombre (s) | | Primer Apellido | Segundo Apellido | |
| Lugar de Nacimiento | Fecha de Nacimiento | | Número de DNI | Edad |
| | D | M | A | Nacionalidad (es) |
| | | | RTN | 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 | Estado Civil | |
| | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | <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"/> | | Profesión, oficio u ocupación <input type="text"/> Rubro: <input type="checkbox"/> 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"/> Número de permiso de trabajo <input type="text"/> | | |

| | | |
|--|--|---|
| 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): <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"/> |

SUMA ASEGURADA

La suma asegurada de la póliza será de L.

Detalle de primas - Prima anual

Forma de Pago

Efectivo Depósitos Monetarios

Tarjeta de Crédito y Débito Débito a Cuenta

Moneda

Lempiras

Dólares Otra

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. | 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: Diaría <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. _____ | | |
| Para personas del género femenino | | |
| 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? | | |

¿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 _____

COBERTURAS

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

ENDOSOS

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

SERVICIO DE ASISTENCIA

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

DECLARACIÓN DE SALUD DEL ASEGURADO

Declaro que no he omitido ni ocultado antecedentes médicos, que me encuentre 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.

FIRMA DE CORREDOR

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.

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |

ASEGURADORA RURAL
Te ayuda a crecer seguro y tranquilo