

SOLICITUD- CERTIFICADO SEGURO DE VIDA COLECTIVO
SALDO DE DEUDA CON PAGO A BENEFICIARIOS



USO EXCLUSIVO DEL CONTRATANTE

Form fields for contract details: Número de Póliza, Plan Contratado, Tipo de Moneda, Razón o Denominación social, No. De Préstamo, Tipo de Operación, Monto del Préstamo actual, Aumento, Nuevo Monto, Monto del Préstamo otorgado, Plazo del préstamo, Fecha de Emisión, Inicio de Vigencia, Finalización de Vigencia, Periodicidad de Pago de la Prima.

DATOS DEL ASEGURADO

Form fields for insured data: Nombre (s), Primer Apellido, Segundo Apellido, Lugar de Nacimiento, Fecha de Nacimiento, Número de DNI, Edad, Nacionalidad (es), Tipo de Identificación, Género, Estado Civil, En el caso de ser extranjero, favor indicar su condición migratoria, Profesión, oficio u ocupación, Rubro, Si es jubilado o pensionado, Nombre completo del cónyuge, Dirección completa de domicilio, Referencia de dirección, Teléfono celular, Correo electrónico personal, Correo electrónico laboral, Nombre de la empresa, Posición o cargo, Tiempo de laborar, Dirección completa de la empresa, Teléfono de Trabajo, Especifique detalladamente su fuente de ingresos, Nivel aproximado de ingreso, ¿Desempeña o ha desempeñado algún cargo público?, Si es afirmativa, Tiempo de laborar, Periodo del cargo, Tiene préstamos vigentes, Si es afirmativo, indique el valor total de préstamos vigentes.

COBERTURAS BÁSICAS

Table with 2 columns: COBERTURAS, SUMA ASEGURADA. Rows include Cobertura básica Fallecimiento and Cobertura básica Invalidez o Incapacidad Total Permanente.

"Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros, mediante Resolución POL GPU No.10/09-12-2016".
"Texto adecuado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros, mediante Resolución POL GPU No. 26/18-08-2023".

COBERTURAS ADICIONALES	
COBERTURAS	SUMA ASEGURADA
Cobertura adicional de Exoneración de Pago de Primas por Invalidez o Incapacidad Total y Permanente	
Cobertura adicional de Gastos Fúnebres del Asegurado	

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 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?		

¿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 _____

DECLARACIÓN 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.