

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



USO EXCLUSIVO DEL CONTRATANTE

Número de Póliza Nombre del Contratante Personal Prendario
Tipo de Moneda de la Póliza LPS USD No. Préstamo Hipotecario Otro

Solicitud Nueva Refinanciamiento ¿Tiene préstamo vigente con la compañía? Si No
Monto Préstamo Otorgado Total cumulo de préstamo
Plazo del préstamo en meses Fecha Desembolso Fecha Vencimiento Desembolso
Periodicidad de pago prima Anual Mensual Otro

DATOS DEL ASEGURADO

Nombre(s) Apellido(s)
Lugar de Nacimiento Fecha de Nacimiento Edad Género F M
Número de DNI RTN Estado Civil S C D UL
Tipo de Identificación DNI Pasaporte Carnet Residente Nombre Cónyuge
En el caso de ser extranjero, favor indicar su condición migratoria: Nacionalidad (es) 1. 2.
Residente Temporal Visitante/Turista Residente Permanente
Permiso Consular Permiso de Tránsito Permiso de Trabajo
Dirección Completa de Domicilio
Departamento, Municipio y Ciudad
Correo electrónico Personal Celular Personal
Nombre de la empresa donde labora o negocio propio Posición/Cargo
Dirección de la empresa
Tiempo de laborar Teléfono de trabajo/negocio propio

ORIGEN DE RECURSOS

Profesión, oficio u ocupación
Rubro Asalariado Comerciante Jubilado Pensionado Otro
Si es jubilado/pensionado, indicar con cual Instituto de Previsión Social del País
Especifique detalladamente su fuente de ingreso
Nivel aproximado de ingreso según el salario mínimo mensual vigente 0-3 4-6 7-10 11-20 21-50 + de 50
¿Desempeña o ha desempeñado algún cargo público en los últimos 2 años? Si No Si es afirmativo indique:
Nombre de Institución Tiempo de laborar
Cargo Periodo del cargo
¿Mantiene pólizas suscritas con esta u otra compañía de seguros? Si No Si es afirmativo indique:
Nombre de Compañía Seguros Tipo de seguro Suma asegurada

CUESTIONARIO DE SALUD

Con el objetivo de validar su solicitud, deberá contestar a cada una de las preguntas de manera legible

Table with 7 columns: Marque su respuesta y especifique, SI, NO, Detalle, and 3 more columns. Rows include questions about tumors, heart diseases, kidney/liver diseases, hypertension, digestive diseases, HIV/STDs, mental health, diabetes, lung diseases, hospitalization, and surgery.

Nombre, hospital y teléfono del médico que acostumbra a consultar:

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 beneficiarios contingentes a:

Nombre Completo	Número de DNI	Fecha de Nacimiento	Parentesco	%

DECLARACIÓN DE SALUD DEL ASEGURADO

Declaro que no he omitido ni ocultado antecedentes médicos, que me encuentro en buen estado de salud 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_____


Gerardo General
Aseguradora Rural

FIRMAUTORIZADA 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.

COBERTURAS BÁSICAS

COBERTURAS	SUMA ASEGURADA
Cobertura básica Fallecimiento	
Cobertura básica Invalidez o Incapacidad Total Permanente	

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	

PARA USO INTERNO DE ASEGURADORA RURAL, S.A.