

# 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  U   
 Tipo de Identificación DNI  Pasaporte  Carnet Residente  Nombre Cónyuge \_\_\_\_\_  
**En el caso de ser extranjero, favor indicar su condición migratoria:** Nacionalidad (es) 1. \_\_\_\_\_  
 Residente Temporal  Visitante/Turista  Residente Permanente  2. \_\_\_\_\_  
 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 trabajar \_\_\_\_\_ 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

Marque su respuesta y especifique	SI	NO	Detalle	Marque su respuesta y especifique	SI	NO	Detalle
1. Tumores, Quistes o Cáncer				12. ¿Está bajo Tratamiento Médico o toma medicamento de uso permanente? Indique la enfermedad y nombre del medicamento			
2. Enfermedades del Corazón, Infartos o Derrame Cerebral				13. ¿Padece de otra enfermedad no mencionada anteriormente? Indique la enfermedad, tratamiento y otra información relevante			
3. Enfermedades de riñones, hígado, vejiga, próstata				14. ¿Tiene algún impedimento físico, grado de incapacidad o invalidez parcial o total y permanente?			
4. Presión Arterial Alta				15. ¿Fuma? Indique frecuencia y cantidad de consumo			
5. Enfermedades digestivas o del estomago				16. ¿Practica algún deporte? Indique frecuencia y deporte			
6. VIH, ETS u otra enfermedad autoinmune				17. ¿Consumo o ha consumido bebidas alcohólicas o drogas?			
7. Ansiedad, depresión, esquizofrenia u otra enfermedad mental				18. ¿Ha pertenecido a asociaciones vinculadas a ilícitos?			
8. Diabetes Mellitus				<b>Para solicitantes del Género Femenino:</b>			
9. Enfermedades Pulmonares o vías respiratorias				18. ¿Está embarazada? Indique semanas			
10. ¿Ha estado hospitalizado por enfermedad o accidente?				19. ¿Se ha realizado controles ginecológicos periódicamente?			
11. ¿Tiene Pendiente o se ha realizado alguna cirugía quirúrgica?				20. ¿Ha padecido o le han diagnosticado enfermedades de ovarios, matriz o mamas?			

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:

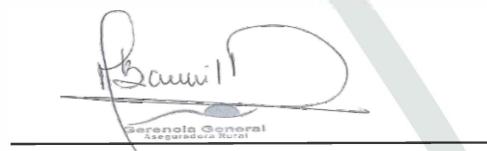
Nombre Completo	Número de DNI	Fecha de Nacimiento	Parentesco	%

### 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 tendrá derecho a ningún beneficio descrito como coberturas y/o Beneficios del presente Contrato de Seguros. Autorizo a los médicos, laboratorios clínicos, clínicas médicas, hospitalares 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\_\_\_\_\_

  
\_\_\_\_\_  
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 ASEGUADA
Cobertura básica Fallecimiento	
Cobertura básica Invalidez o Incapacidad Total Permanente	

### COBERTURAS ADICIONALES

COBERTURAS	SUMA ASEGUADA
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.