

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

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

INDEMNIZACION


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.

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____


Gerencia 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.