

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. _____
 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 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

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				Para solicitantes del Género Femenino:			
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: _____

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_____



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.