

**SEGURO COLECTIVO DE VIDA**  
**SOLICITUD PARA INSCRIPCION EN SEGURO**



De acuerdo con las condiciones de la Póliza No. \_\_\_\_\_ de SEGURO COLECTIVO DE VIDA, emitida a nombre de \_\_\_\_\_ con R.T.N. \_\_\_\_\_ se solicita inscribir como asegurado a \_\_\_\_\_ quien ingresó el \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ y con reenumeración de \_\_\_\_\_ por mes. La suma asegurada correspondiente es de \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Firma Autorizada para Contratar

**I. DATOS DEL ASEGURADO**

Primer Apellido		Segundo Apellido			Nombres	
Lugar de Nacimiento	Fecha de Nacimiento		Edad		Nacionalidad	
	Día	Mes	Año			
Número de Identificación (anexar fotocopia)			Tipo de Identificación			
			Tarjeta de Identidad <input type="checkbox"/>		Pasaporte <input type="checkbox"/> Carne de Residente <input type="checkbox"/>	
Sexo		Estado Civil			Nombre Completo del Cónyuge	
M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> UL <input type="checkbox"/>				
Dirección Completa de Residencia:						
Teléfono de Residencia:				Correo Electrónico:		
Profesión, ocupación u oficio:						
Dirección Completa de la Empresa donde labora:						
Teléfono de Trabajo:				Correo Electrónico:		
Mantiene pólizas suscritas con esta u otra(s) aseguradora(s)? (Especifique: Nombre de la Aseguradora, tipo de seguro, suma asegurada)						

**II. ANTECEDENTES DE SALUD**

- a) Peso (en lbs) \_\_\_\_\_ Estatura (en mts) \_\_\_\_\_
- b) ¿Padece el solicitante o le ha sido diagnosticado o está en tratamiento de las siguientes enfermedades?
- |                             |   |                                      |   |
|-----------------------------|---|--------------------------------------|---|
| 1. Tumores o Cáncer         | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 8. Diabetes Mellitus                 | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 2. Enfermedades del Corazón | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 9. Enfermedades Pulmonares           | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 3. Infartos                 | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 10. Derrame Cerebral                 | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 4. Presión Arterial Alta    | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 11. Tiene Pendiente alguna Operación | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 5. Insuficiencia Renal      | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 12. Está bajo Tratamiento Médico     | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 6. SIDA                     | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 13. Otras Enfermedades               | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 7. Enfermedades Mentales    | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |                                      |   |

SI CUALQUIERA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES ES AFIRMATIVA, DETALLE

PREGUNTAS	ENFERMEDAD O DOLENCIA, FECHA Y TRATAMIENTO

Para personas del sexo femenino  
 ¿Está usted embarazada? \_\_\_\_\_ ¿De cuantos meses? \_\_\_\_\_ Fecha probable de parto: \_\_\_\_\_

**III. BENEFICIARIOS EN CASO DE MUERTE**

**PRINCIPALES**

NOMBRE	PARENTESCO	DISTRIBUCION

**CONTINGENCIA (En caso de no existir los beneficiarios principales al momento del fallecimiento)**

NOMBRE	PARENTESCO	DISTRIBUCION

En conformidad al Artículo 1141 y 1143 del Código de Comercio,

El abajo firmante declara que los datos aquí consignados son verdaderos y exactos y que no ha omitido, desvirtuado, ni ocultado antecedentes médicos y conviene en que las respuestas anteriores forman parte de la Solicitud de Seguros, y si en base de las mismas se emitiera cobertura, esta será nula y quedará sin efecto si hay omisión, inexactitud o falsedad en las declaraciones anteriormente dadas, también acepta que en el caso de que hubiera respuesta afirmativa, la Compañía se reservará el derecho a solicitar pruebas adicionales de asegurabilidad de acuerdo con sus normas de selección, así como de emitir o no la cobertura correspondiente que estará sujeta a aceptación expresa de la Compañía.

Con consecuente suspensión o pérdida de los derechos de indemnización del solicitante o del beneficiario en su caso.

BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, Yo, el abajo firmante, autorizo, por este medio, aún en caso de mi muerte, al Instituto Hondureño de Seguridad Social, o a cualquier clínica, hospital, médico, paramédico, laboratorio o cualesquiera otras personas para que proporcionen a SEGUROS ATLANTIDA, S.A. información sobre mi salud, o antecedentes, incluyendo copia de las historias clínicas sobre mi salud.

Nombre y Firma del Solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_