

# SOLICITUD- CERTIFICADO SEGURO DE VIDA COLECTIVO SALDO DE DEUDA SIN PAGO A BENEFICIARIO



## USO EXCLUSIVO DEL CONTRATANTE

Número de Póliza  Plan Contratado: Sin beneficiarios designados  Con beneficiarios designados

Tipo de Moneda de la Póliza

Razón o Denominación social	Nombre Comercial
-----------------------------	------------------

No. De Préstamo  Préstamo Personal  Préstamo Hipotecario  Préstamo Prendario  Otros

Tipo de Operación <input type="checkbox"/> Solicitud nueva <input type="checkbox"/> Refinanciamiento	Monto del Préstamo actual _____ Aumento _____ Nuevo Monto _____
---	--

Monto del Préstamo otorgado _____ Plazo del préstamo _____ Meses	Fecha de Emisión	Inicio de Vigencia	Finalización de Vigencia
---	------------------	--------------------	--------------------------

Periodicidad de Pago de la Prima:  Anual  Mensual  Quincenal  Semanal

## DATOS DEL ASEGURADO

Nombre (s)	Primer Apellido	Segundo Apellido
------------	-----------------	------------------

Lugar de Nacimiento	Fecha de Nacimiento D M A	Número de DNI RTN	Edad	Nacionalidad (es) 1 _____ 2 _____
---------------------	------------------------------	----------------------	------	---

Tipo de Identificación <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Carnet Residente	Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Unión Libre
---	---	--

En el caso de ser extranjero, favor indicar su condición migratoria: <input type="checkbox"/> Residente Temporal <input type="checkbox"/> Visitante o Turista <input type="checkbox"/> Residente Permanente <input type="checkbox"/> Permiso Consular o similar <input type="checkbox"/> Permiso de Tránsito <input type="checkbox"/> Permiso de Trabajo Número de permiso de trabajo _____	Profesión, oficio u ocupación Rubro: Asalariado <input type="checkbox"/> Comerciante <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Si es jubilado o pensionado, indicar con cual Instituto de Previsión Social del País Nombre completo del cónyuge (si aplica) Dirección completa de domicilio _____ Departamento _____ Municipio _____ Ciudad _____
--	--

Referencia de dirección		
Teléfono de domicilio	Teléfono celular	Correo electrónico personal

Nombre de la empresa donde labora actualmente o nombre del negocio propio (si aplica)	Posición o cargo que desempeña
---	--------------------------------

Tiempo de laborar	Dirección completa de la empresa donde labora y/o negocio propio
-------------------	--

Teléfono de Trabajo o negocio propio	Correo electrónico laboral
--------------------------------------	----------------------------

Especifique detalladamente su fuente de ingresos	Nivel aproximado de ingreso según el salario mínimo mensual vigente (SMMV): <input type="checkbox"/> 0-3 <input type="checkbox"/> 4-6 <input type="checkbox"/> 7-10 <input type="checkbox"/> 11-20 <input type="checkbox"/> 21-50 <input type="checkbox"/> Más de 50 adelante
--	--

¿Desempeña o ha desempeñado algún cargo público en los últimos dos (2) años?  Si  No

Si es afirmativa; indicar el nombre de la institución pública, cargo que desempeña o ha desempeñado	Tiempo de laborar _____ Periodo del cargo _____
---	--

Tiene préstamos vigentes con la Institución o Empresa Contratante <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Si es afirmativo; indique el valor total de préstamos vigentes _____
---	--

## COBERTURAS

### COBERTURAS BÁSICAS

COBERTURAS	SUMA ASEGURADA
Fallecimiento	
Invalidez o Incapacidad Total Permanente	

### COBERTURA ADICIONAL

COBERTURAS	SUMA ASEGURADA
Exoneración de Pagos de Primas por Incapacidad Total o Permanente	

## 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 como beneficiarios de contingencia a:

Nombre Completo	Número de DNI	Fecha de Nacimiento	Parentesco	%

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.



## DECLARACION DE SALUD DEL ASEGURADO

Declaro que no he omitido ni ocultado antecedentes médicos, que me encuentro en buen estado de salud y que no padezco ni me ha sido diagnosticada ninguna enfermedad renal, cardiovascular, cerebrovascular, hipertensión, cáncer o SIDA. También declaro que mi habilidad física no se encuentra limitada y no padezco de paraplejia, cuadriplejia, sordera, ceguera, epilepsia, diabetes, hepatitis, cirrosis, apoplejía, vértigo o enfermedades mentales 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 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA AUTORIZADA  
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.**

**PARA USO INTERNO DE ASEGURADORA RURAL, S.A.**
