

SOLICITUD- CERTIFICADO SEGURO DE VIDA COLECTIVO SALDO DE DEUDA CON PAGO A BENEFICIARIOS



USO EXCLUSIVO DEL CONTRATANTE

Número de Póliza <input type="text"/>		Plan Contratado: Sin beneficiarios designados <input type="checkbox"/> Con beneficiarios designados <input type="checkbox"/>	
Tipo de Moneda de la Póliza <input type="text"/>			
Razón o Denominación social		Nombre Comercial	
No. De Préstamo	<input type="checkbox"/> Préstamo Personal	<input type="checkbox"/> Préstamo Hipotecario	<input type="checkbox"/> Préstamo Prendario <input type="checkbox"/> Otros
Tipo de Operación <input type="checkbox"/> Solicitud nueva <input type="checkbox"/> Refinanciamiento		Monto del Préstamo actual <input type="text"/> Aumento <input type="text"/> Nuevo Monto <input type="text"/>	
Monto del Préstamo otorgado <input type="text"/>		Fecha de Emisión	Inicio de Vigencia
Plazo del préstamo <input type="text"/> Meses		Finalización de Vigencia	
Periodicidad de Pago de la Prima: <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Semanal			

DATOS DEL ASEGURADO

Nombre (s)		Primer Apellido		Segundo Apellido	
Lugar de Nacimiento	Fecha de Nacimiento D <input type="text"/> M <input type="text"/> A <input type="text"/>		Número de DNI	Edad	Nacionalidad (es) 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/>
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 <input type="text"/>		Profesión, oficio u ocupación			
Número de permiso de trabajo <input type="text"/>		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) <input type="text"/>			
		Dirección completa de domicilio <input type="text"/>			
		Departamento <input type="text"/>		Municipio <input type="text"/> Ciudad <input type="text"/>	
Referencia de dirección					
Teléfono celular <input type="text"/>		Correo electrónico personal <input type="text"/>		Correo electrónico laboral <input type="text"/>	
Nombre de la empresa donde labora actualmente o nombre del negocio propio (si aplica) <input type="text"/>				Posición o cargo que desempeña <input type="text"/>	
Tiempo de laborar <input type="text"/>		Dirección completa de la empresa donde labora y/o negocio propio <input type="text"/>			
Teléfono de Trabajo o negocio propio <input type="text"/>					
Especifique detalladamente su fuente de ingresos <input type="text"/>		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? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					
Si es afirmativa; indicar el nombre de la institución pública, cargo que desempeña o ha desempeñado <input type="text"/>				Tiempo de laborar <input type="text"/>	
				Periodo del cargo <input type="text"/>	
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 <input type="text"/>	

COBERTURAS BÁSICAS

COBERTURAS	SUMA ASEGURADA
Cobertura básica Fallecimiento	
Cobertura básica Invalidez o Incapacidad Total Permanente	

"Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros, mediante Resolución POL GPU No.10/09-12-2016".

"Texto adecuado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros, mediante Resolución POL GPU No. 26/18-08-2023".

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	

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.

CUESTIONARIO DE SALUD DEL ASEGURADO

Con el objetivo de validar su solicitud, deberá contestar a cada una de las preguntas indicadas en el cuestionario de salud (Deberá de completar cada interrogante utilizando su letra favor, la cual deberá ser legible, sin borrones ni tachaduras)

Peso <input type="text"/> Lbs Estatura <input type="text"/> Mts.	Si	No
1. ¿Ha sido sometido o se le ha indicado alguna intervención quirúrgica?		
2. ¿Ha estado hospitalizado por enfermedad o accidente?		
3. ¿Ha padecido de diabetes, cáncer, tumores, quistes, enfermedades de presión arterial?		
4. ¿Ha padecido de enfermedades del corazón, pulmones, vías respiratorias?		
5. ¿Ha padecido de enfermedades relacionadas con los riñones, hígado, vejiga, próstata y/o alteraciones digestivas?		
6. ¿Ha padecido de ansiedad, depresión o enfermedad mental?		
7. ¿Ha sido diagnosticado con VIH /SIDA o alguna enfermedad relacionada con estas?		
8. ¿Toma medicamento de uso permanente? Indique el nombre		
9. ¿Su capacidad de trabajo se ha reducido? ¿Por qué?		
10. ¿Tiene alguna incapacidad física o mental para el desempeño de sus funciones laborales o cotidianas? Si es afirmativo, detallar la institución que dictamino la incapacidad, el tipo de incapacidad y la causa que la origino		
11. ¿Fuma? ¿Si es afirmativo indicar la frecuencia diaria o semanal?		
12. ¿Ingiere bebidas alcohólicas? Si es afirmativo indicar frecuencia: Diaria <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Ocasional <input type="checkbox"/>		
13. ¿Padece alguna enfermedad actualmente? Si es afirmativo indique diagnóstico, fecha de diagnóstico, tratamiento, médico tratante y si usa medicamento de uso permanente. _____		
14. En caso de tener respuestas afirmativas a las preguntas anteriores, favor detallar diagnóstico médico, fechas, tratamiento, nombre de medicamentos, nombre del médico y cualquier otra información relevante. _____		
Para personas del género femenino		
1. ¿Está Usted embarazada? En caso afirmativo, indicar meses de embarazo <input type="text"/>		
2. ¿Se ha realizado sus controles ginecológicos periódicamente?		
3. ¿Padece de alguna enfermedad ginecológica o de las mamas?		

¿Ha pertenecido a asociaciones vinculadas a ilícitos? Si No

¿Mantiene pólizas suscritas con esta u otra Compañía de Seguros? Si es afirmativa; especifique el nombre de la Compañía de Seguros _____ Tipo de Seguro _____ y Suma Asegurada _____

DECLARACIÓN 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 paraplejía, cuadriplejía, 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.
