

8. A su leal saber y entender ¿ha sufrido Ud. Alguna vez presión arterial anormal, úlceras, tuberculosis, hernia, diabetes, cáncer, sífilis, parálisis, artritis, Reumatismo, cualquier trastorno o enfermedad de los sistemas: mentales, nerviosos, genético-urinario o digestivo, espalda, espina dorsal o corazón?(en caso afirmativo, dar detalles completos sobre la naturaleza, fecha, período de incapacidad, nombre del doctor que lo atendió y resultado eventual del tratamiento)

9. ¿Ha estado Ud. Bajo observación o recibido plan o tratamiento médico o quirúrgico o ha ingresado en algún hospital durante los últimos cinco años? (en caso de ser afirmativo, dé detalles completos sobre fechas, enfermedad, duración y resultado eventual del tratamiento)

10. ¿Tiene usted algún defecto en la vista o en los oídos?

11. ¿Comprende y conviene Ud. En que bajo los términos de la póliza que Ud. solicita mediante la presente no se paga indemnización durante los primeros ____ días de cualquier período de incapacidad por accidente?

Declaro que toda las contestaciones anteriores son exactas, han sido escritas y/o dictadas por mí, personalmente y son completas y verídicas y acepto que sean consideradas como base para la contratación del seguro y/o fianza que solicito, por lo cual, autorizo a Seguros Continental a consultar y reportar, en cualquier tiempo, en las centrales de riesgos públicas o privadas toda la información relevante para conocer mi desempeño como deudor, capacidad de pago y valorar el riesgo futuro de concederme un crédito. Asimismo declaro que he sido enterado y acepto las Condiciones Generales antes descritas, misma que figuran en la póliza y/o fianza solicitada.

Origen de fondos y aceptación de clausula. Declaro expresamente que: 1. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro de los marcos legales y los recursos que poseo no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el código penal hondureño; 2. La información que he suministrado en este formato es veraz y verificable y me obligo actualizarla cuando la institución lo solicite; 3. Acepto el hecho que de demostrarse falso testimonio en la información aquí presentada, Seguros Continental SA está facultada a dar por terminado el contrato de seguro según se indica en el Artículo 1141 del Código de Comercio, sin que esto implique responsabilidad alguna de la Aseguradora frente al asegurado, 4. Estatus Residencial. En caso de ocurrir algún cambio en mi estatus de país de residencia o ciudadanía me comprometo a notificarlo a la aseguradora.

LUGAR Y FECHA

FIRMA DEL CLIENTE

FIRMA Y NO.DE AGENTE

H) PARA USO EXCLUSIVO DEL CANAL DE VENTA

CANAL DE VENTA: INSTITUCION FINANCIERA NEGOCIOS SEGCON CORREDURIA LICITACION OTROS (especifique):

| | | | | |
|---|---------------------|----------------------------|-------------------------|------------------|
| Nombre del asesor y/o correduría que entrevistó | Fecha de entrevista | Fecha entrega área técnica | Firma del entrevistador | Firma Supervisor |
| Observaciones: | | | | |

I) PARA USO EXCLUSIVO DE LA ASEGURADORA

| | | | | |
|---------------|---------------|----------------|-------------|---|
| No° de póliza | Certificado # | Suma Asegurada | Prima Anual | Nombre, firma y sello del oficial que recibe. |
|---------------|---------------|----------------|-------------|---|