

SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA Y MEDICO

SUMA ASEGURADA VIDA: _____
MAXIMO VITALICIO: _____

A) DATOS DEL ASEGURADO

Nombre Completo (según Identificación)						
Lugar de Nacimiento		Fecha de Nacimiento			Edad	Nacionalidad
		Día	Mes	Año		
Numero de identificación			Tipo de identificación			
			Tarjeta de Identidad <input type="radio"/>	Pasaporte <input type="radio"/>	Carne de Residente <input type="radio"/>	
Sexo		Estado Civil			Nombre del conyuge (si aplica)	
M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>		S <input type="radio"/> C <input type="radio"/> V <input type="radio"/> UL <input type="radio"/>				
Dirección completa de residencia actual:						
Teléfono de residencia:				Correo electrónico:		
Profesión,oficio o actividad económica:				Posición o cargo que desempeña:		
Dirección completa de la empresa donde labora:						
Tiempo de laborar en la empresa:				Correo electrónico:		
Nombre del negocio (si es propietario):						
Direccion completa del negocio (si aplica):						
Cuantos salarios mínimos representa su ingreso mensual? (Actividad principal)				Giro o actividad economica del Negocio (si aplica):		
De 0 - 3 <input type="radio"/>	De 4 - 6 <input type="radio"/>					
De 7 - 10 <input type="radio"/>	De 11 - 20 <input type="radio"/>					
De 21 - 50 <input type="radio"/>	De 50 en adelante <input type="radio"/>					
Teléfono de trabajo:						

B) SECCION PARA SUBSCRIPCION DE SEGURO MEDICO HOSPITALARIO (S M H) DEPENDIENTES ECONOMICOS ELEGIBLES (Conyugue e Hijos)

Nombre completo	No. Identidad o Partida de Nacimiento	Fecha de Nacimiento	Sexo	Parentesco	Estatura (metros)	Peso (libras)

C) ANTECEDENTES DE SALUD

Peso (en lbs) _____ Estatura (en mts) _____

¿Padece el solicitante o le ha sido diagnosticado o está en tratamiento de las siguientes enfermedades?

1. Tumor o Cáncer	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	8. Diábetes Mellitus	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
2. Enfermedades del Corazón	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	9. Enfermedades Pulmonares	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
3. Infartos	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	10. Derrame Cerebral	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
4. Presión Arterial Alta	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	11. Tiene Pendiente alguna Operación	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
5. Insuficiencia Renal	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	12. Está bajo Tratamiento Médico	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
6. SIDA	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	13. Otras enfermedades u operaciones	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>
7. Enfermedades Mentales	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>		

SI CUALQUIERA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES ES AFIRMATIVA, DETALLE _____

D) PERSONAS EXPUESTA POLITICAMENTE (PEP)

Ha desempeñado algun cargo público en los últimos 4 años? <i>Si O No O</i>	Cargo:	Institución:
--	--------	--------------

En caso positivo llenar el formato Adicional de Información (PEP)

E) DETALLE DE BENEFICIARIOS PARA LA POLIZA DE VIDA

Tipo	Nombre Completo	Parentesco	Porcentaje
Preferentes			
Contingentes			

F) INSTRUCCIONES ESPECIALES

Queda entendido que si dentro de 30 (treinta) días a partir de hoy no recibo la póliza, ni aviso relacionado con esta solicitud, ésta será considerada rechazada. Estoy de acuerdo en que la aceptación de la Póliza emitida de conformidad en los términos de esta solicitud constituirá una ratificación por parte mía de las declaraciones contenidas en ellas. Si Seguros Continental, S.A. rehúsa aceptar esta solicitud de acuerdo con el plan, cantidad y tipo de prima solicitados, se me reintegrará cualquier depósito o adelanto que haya efectuado para la emisión de la Póliza que solicito y que ninguna persona excepto un oficial ejecutivo de Seguros Continental, S.A., podrá actuar en nombre de Seguros Continental, S.A., para efectuar, modificar o cancelar el contrato o hacer que Seguros Continental, S.A., renuncie a sus derechos o requisitos y que ninguno de estos actos podrán ser efectuados por el agente de Seguros Continental, S.A. que llene esta solicitud. Así mismo declaro haber recibido copia íntegra de las CONDICIONES GENERALES de la Póliza cuya expedición solicité y estar enterado del contenido de las mismas que doy por aceptadas. Enterado de lo que antecede y para efecto de esta solicitud de seguro declaro estar dispuesto si fuera necesario, a pasar un examen médico pro cuenta de la Compañía, si ésta lo estima conveniente.

G) DOCUMENTOS REQUERIDOS

Llenar esta solicitud completamente con la información personal, familiar y la del seguro solicitado (de forma clara y legible, sin manchones ni tachaduras), copia de Cédula de identificación, carné de residente o pasaporte (según corresponda) y copia de RTN. u otro documento que la Aseguradora requiera.

H) ACLARACIONES

Se aclara que la firma del cónyuge e hijos mayores de 18 años se solicita en este formulario especialmente para dar fe de las declaraciones personales que se detallan acerca de su estado de salud, información heredofamiliar y datos personales.

I) DECLARACIONES

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 cláusula. 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****J) 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:				

K) PARA USO EXCLUSIVO DE LA ASEGURADORA

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