

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN SEGURO COLECTIVO PARA VIDA

La solicitud deberá ser llenada con letra de molde y sin omitir datos, sin tachaduras, borrones ni manchones.

A. DATOS DEL AGENTE DE SEGURO

| | | | |
|--------|--|-------------------|--|
| Agente | | Código del agente | |
|--------|--|-------------------|--|

I. SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN PARA SEGURO COLECTIVO DE VIDA

| | | | |
|-------------|--|------------------|--|
| Contratante | | Número de póliza | |
|-------------|--|------------------|--|

De acuerdo con las condiciones, de la póliza colectiva de vida que hace mención este apartado, solicito inscribir como asegurado a la persona cuyos datos se detallan a continuación.

II. DATOS DEL ASEGURADO

| | | | |
|---------------|----------------|-----------------|------------------|
| Primer nombre | Segundo nombre | Primer apellido | Segundo apellido |
|---------------|----------------|-----------------|------------------|

| | | | |
|------------------------|------------------------------------|------------------------------------|--|
| Tipo de identificación | Identidad <input type="checkbox"/> | Pasaporte <input type="checkbox"/> | Carné de residencia <input type="checkbox"/> |
|------------------------|------------------------------------|------------------------------------|--|

| | | | |
|--------------------|-----|---------------------|---------------------|
| No. identificación | RTN | Fecha de nacimiento | Lugar de nacimiento |
|--------------------|-----|---------------------|---------------------|

| | | | |
|--|--|-----------------|--|
| | | Día - Mes - Año | |
|--|--|-----------------|--|

| | | | |
|--------------|--|--------|--|
| Estado civil | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> UL <input type="checkbox"/> | Género | <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino |
|--------------|--|--------|--|

| | | | |
|-------------------|-------------------------------|---------------|-----------|
| Nacionalidad (es) | Profesión, oficio u ocupación | Estatura(mts) | Peso(lbs) |
|-------------------|-------------------------------|---------------|-----------|

| | | | |
|---|--|--|--|
| 1 | | | |
|---|--|--|--|

| | | | |
|---|--|--|--|
| 2 | | | |
|---|--|--|--|

| | | |
|-----------|--|-----------|
| Móvil _ 1 | | Móvil _ 2 |
|-----------|--|-----------|

| | |
|------------------------|--|
| Correo electrónico _ 1 | |
|------------------------|--|

| | |
|------------------------|--|
| Correo electrónico _ 2 | |
|------------------------|--|

| | |
|-------------------------------|--|
| Nombre del cónyuge (completo) | |
|-------------------------------|--|

Dirección de residencia del asegurado

| | | | |
|------|--------------|-----------|------------------|
| País | Departamento | Municipio | Barrio o colonia |
|------|--------------|-----------|------------------|

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

| | | | |
|----------------|----------|------------|---------------------------|
| No. Casa/ lote | Calle(s) | Avenida(s) | Teléfono de la residencia |
|----------------|----------|------------|---------------------------|

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
|--|--|--|--|

Lugar de Trabajo

| | | | |
|------|---------------------|------------------|----------------------|
| Área | Cargo que desempeña | Fecha de ingreso | Remuneración mensual |
|------|---------------------|------------------|----------------------|

| | | | |
|--|-----------------------------|----------------------------|--|
| | \$ <input type="checkbox"/> | L <input type="checkbox"/> | |
|--|-----------------------------|----------------------------|--|

Ha desempeñado un cargo público en los últimos cuatro (4) años Si No

Detalle el nombre del cargo

En caso de que este seguro respalde un préstamo Indicar:

| | | | |
|----------------|-------|-------|--------------|
| Monto Préstamo | Plazo | Prima | No. Préstamo |
|----------------|-------|-------|--------------|

| | | | |
|--|-------|--|--|
| | Meses | | |
|--|-------|--|--|

B. DATOS DEL RIESGO

| | | | |
|------------------------------|--|-----------------------------|-----------------------------|
| Antecedentes de Salud | Ha tenido usted alguna de las siguientes enfermedades: diabetes, cáncer, tumores, quistes, hipertensión, enfermedad del corazón, enfermedad de los pulmones, enfermedad de los riñones, mal de Chagas u otra enfermedad grave? | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
|------------------------------|--|-----------------------------|-----------------------------|

| Si ha contestado afirmativamente alguna pregunta de las anteriores, favor detallar a continuación | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 70%;">Enfermedad</th> <th style="width: 30%;">Fecha</th> </tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table> | Enfermedad | Fecha | | | | | | | | | |
|---|---|------------|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Enfermedad | Fecha | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |

Beneficiarios designados en caso de muerte:

| Nombre | Parentesco | Porcentaje |
|--------|------------|------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| Beneficiarios contingentes: | | |
|------------------------------------|------------|------------|
| Nombre | Parentesco | Porcentaje |
| | | |
| | | |
| | | |

C. DECLARACIÓN Y ACEPTACIÓN DE CONDICIONES

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. Este formulario únicamente constituye una solicitud de seguros y no representa garantía de que la misma será aceptada por MAPFRE; ni que la misma, en todo caso, será aceptada en los mismos términos solicitados.
3. La información que he suministrado en esta solicitud es veraz y verificable y puede ser confirmada en cualquier momento por esta compañía.
4. Toda la información anterior, ha sido escrita o dictada por mi, de acuerdo con mi leal saber y entender, y que la misma es la base para que MAPFRE emita la cobertura de seguro solicitado. Así mismo, libero a MAPFRE de toda responsabilidad sobre la cobertura otorgada, en caso de omisiones o declaraciones falsas o inexactas sobre hechos conocidos por mi, que de haber sido debidamente conocidos por MAPFRE hubieran podido influir de modo determinante para que la cobertura solicitada no se suscribiera, o se hubiera suscrito en condiciones distintas.
5. Queda debidamente entendido y aceptado por parte de MAPFRE que el uso de la información obtenida con motivo de esta autorización, esta circunscrito estrictamente al proceso de análisis para suscribir o denegar la cobertura solicitada, y el trámite posterior de reclamaciones de derecho si la misma fuera otorgada; por tanto, únicamente podrá ser recopilada, consultada y utilizada por suscriptores de riesgo o analistas de reclamos de MAPFRE, en razón de su naturaleza, MAPFRE deberá garantizar la debida custodia, confidencialidad absoluta y el buen uso de esta información.
6. Acepto el hecho que, de demostrarse falso testimonio en la información aquí presentada, MAPFRE Seguros Honduras, S.A. 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 para MAPFRE frente al asegurado.
7. Manifiesto que he leído toda la solicitud y las condiciones generales de la póliza a través de mi agente de seguros, las cuales formarán parte integral del contrato y que he tomado conocimiento de mi derecho a decidir sobre la contratación del seguro y a la libre elección de la institución aseguradora y estoy de acuerdo con ella.
8. Autorizo por este medio a los médicos, laboratorios, clínicas u hospitales que han atendido a mi cónyuge, hijos en lo particular a mi persona en la recuperación de la salud, para que suministren a MAPFRE S.A. las informaciones que ésta requiera en relación al seguro que solicito, relevándolos de cualquier prohibición legal que exista sobre revelación de los datos de sus registros con respecto a mi persona. Queda entendido y convenido que una copia fotostática de esta autorización debe considerarse tan efectiva y valida como original.

D. FIRMAS

Firmado en la ciudad de _____, a los _____ día(s) del mes de _____ del año _____

Firma del asegurado

Firma del agente