SEGUROS ATLANTIDA
Hacemos más por usted.

Edificio SONISA, Costado Este Plaza Bancatlan
Apdo. 3373, Tegucigalpa, Honduras C.A.
Tel. (504) 232-4014 Fax. (504) 232-3688 / 239-9960

SOLICITUD PARA INSCRIPCIÓN EN SEGURO COLECTIVO DE VIDA

Yo,_____con R.T.N._____en mi calidad de contratante de la póliza Colectiva de Vida No._____,emitida a favor de la entidad que represento solicito a SEGUROS ATLÁNTIDA, S.A., inscribir como asegurado al Sr.(a)_____con tarjeta de identidad No._____, quien ingresó a laborar el_____con un sueldo de Lps._____con una suma asegurada de Lps._____.

DATOS GENERALES

Nombre:_____

Primer Nombre | Segundo Nombre | Primer Apellido | Segundo Apellido

Lugar y Fecha de Nacimiento:	Estado Civil:
Profesión:	Cargo que desempeña:
Patrono:	Peso en Lbs.: / Estatura Mts.:

ANTECEDENTES DE SALUD

Padece o ha padecido de alguna de las siguientes enfermedades:

SI	NO		SI	NO		SI	NO	
☐	☐	Cáncer	☐	☐	Presión Arterial Alta	☐	☐	Epilepsia
☐	☐	Diabetes	☐	☐	Enfermedades de riñones	☐	☐	Tumores
☐	☐	Enfermedades del Corazón	☐	☐	Enfermedades mentales	☐	☐	Otras Enfermedades

Especifique:

Para personas de sexo femenino

¿Está usted embarazada?_____¿De cuantos meses?_____Fecha probable de parto:_____

¿Tiene o ha tenido otro padecimiento?_____
Fecha de padecimiento:_____ Duración:_____
Nombre del Hospital o Clínica:_____
Nombre del Médico Tratante:_____

BENEFICIARIOS EN CASO DE MUERTE

PRINCIPALES

NOMBRE	PARENTESCO	DISTRIBUCIÓN

CONTINGENCIA (En caso de no existir los beneficiarios principales al momento del fallecimiento):

NOMBRE	PARENTESCO	DISTRIBUCIÓN

"Por este medio autorizo a los médicos, hospitales, clínicas privadas o públicas, I.H.S.S. y laboratorios que me hayan asistido o reconocido o que puedan reconocerme en el futuro, con respecto a mi salud, para que suministren a SEGUROS ATLÁNTIDA, S.A., las informaciones que ésta requiera, en relación al seguro solicitado."

FECHA___/___/___ NOMBRE Y FIRMA DEL TITULAR_____