



BancocciVida

SOLICITUD BANCOC CIVIDA

1. DATOS DEL SOLICITANTE

Datos personales:

Nombre del solicitante: _____ Sexo: ____ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Edad: ____
 Lugar de nacimiento: _____ Estado civil: ____ Nacionalidad (es): ____
 Número de documento de identidad: _____ Tipo de documento de identificación: ____
 Dirección de residencia: _____ Municipio: _____ Ciudad: ____
 Aldea / Caserío: _____ Departamento: ____ País: ____
 Teléfono de residencia: _____ Celular: _____ Fax: _____ Correo electrónico: _____

Datos laborales:

Nombre de la empresa o negocio donde trabaja / indique si es profesional independiente: _____
 Naturaleza del (los) negocios: _____ Antigüedad en la empresa: ____
 Posición o cargo que desempeña: _____ Ciudad: ____
 Dirección de trabajo o negocio: _____ Teléfono de trabajo: _____ Fax: _____ Correo electrónico: _____ Sitio Web: ____
 Teléfono de trabajo: _____ Fax: _____ Correo electrónico: _____ Monto Aprox. De ingreso mensual: _____
 Especifique detalladamente la fuente de sus ingresos: _____

2. DATOS DEL CÓNYUGE

Nombre del cónyuge: _____ Nacionalidad: ____
 Número de documento de identidad: _____ Tipo de documento de identidad: ____
 Nombre de la empresa o negocio donde trabaja / indique si es profesional independiente: _____

3. BENEFICIARIOS DE LA PÓLIZA

Nombre completo	Parentesco	Fecha de Nacimiento	%

4. PLAN

Tipo de plan: _____ Suma Asegurada Vida: _____ Incapacidad total y permanente _____
 Gastos de sepelio: _____ Prima mensual: _____ Moneda: _____

5. AUTORIZACIÓN DE DEBITO AUTOMÁTICO

Número de cuenta o tarjeta de crédito: _____ Fecha de vencimiento: ____ / ____ / ____ Prima mensual a debitar : ____
 Nombre del colaborador que tramita solicitud: _____ Código de agencia: _____

6. CUESTIONARIO MÉDICO

Estatura(Mts.): _____ Peso (Lbs.): _____
 1. ¿Padece o ha padecido de enfermedades o lesiones importantes? Si | No
 Explique: _____
 2. ¿Adolece de algún defecto físico o se le ha sugerido algún tratamiento por enfermedades cardiovasculares, pulmonares, cancerosas, hipertensión arterial, insuficiencia renal, diabetes, hepatitis o SIDA? Si | No
 Explique: _____
 3. ¿ Tiene usted alguna dificultad física o mental para el desempeño de sus tareas laborales ? Si | No
 Explique: _____
 4. ¿Ha participado alguna vez en algún pleito o riña armada? Si | No
 Explique: _____
 5. ¿Ha sido alguna vez víctima de amenazas o intento de asesinato? Si | No
 Explique: _____
 6. ¿Fue arrestado alguna vez por delitos o por la política? Si | No
 Explique: _____

Por la presente hago constar que todas y cada una de las declaraciones que anteceden han sido escritas o dictada por mi persona de buena fe y voluntariamente son ciertas y exactas. En caso de declaraciones inexactas o reticencias de acuerdo al artículo 1141 del código de Comercio, libero a PAN AMERICAN LIFE INSURANCE COMPANY de cualquier responsabilidad derivada de esta solicitud.
 Autorizo a los laboratorios médicos y/o hospitales que me han atendido a suministrar los datos que posean de mi estado de salud a PAN AMERICAN LIFE INSURANCE COMPANY .

Asimismo, autorizo a BANCO DE OCCIDENTE S. A. que se haga cargo a mi cuenta de ahorro, cuenta de cheques o tarjeta de crédito, de la cantidad requerida para cubrir la cuota de la prima que genera esta solicitud.

Me reservo el derecho de revocar autorización para cubrir dicho cargo en cualquier ti empo, mediante aviso escrito al contratante.

 Firma del titular de la cuenta o tarjeta de crédito

 Firma del Asegurado

Nombre: _____
 No. de Identidad: _____

Nombre: _____
 No. de Identidad: _____

ANULACION DEL CONTRATO

Serán causas de anulación del contrato, las declaraciones inexactas y las reticencias del Contratante y los asegurados, relativas a circunstancias tales que la Compañía no habría dado su consentimiento o no lo habría dado en las mismas condiciones, si hubiese conocido el verdadero estado de las cosas.

El Contratante y los asegurados individualmente considerados están obligados a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado del riesgo según el cuestionario que les sea propuesto por la Compañía. Si el siniestro ocurriere antes de que la declaración inexacta llegare a conocimiento de la Compañía, la Compañía no estará obligada al pago de la indemnización.

CALCULO DE LA PRIMA

La prima para cada anualidad se calculará con base en los parámetros técnicos fijados por la Compañía, teniendo en cuenta la edad de cada asegurado, su estado de salud, el monto asegurado individual en el momento de ingresar a esta póliza y la ocupación individual de sus integrantes. Para ingresos posteriores a la expedición o renovación de la póliza se cobrará la prima a prorrata, con base en los factores anteriores.

DESIGNACION DEL BENEFICIARIO

El seguro de un asegurado será pagadero a su muerte a la persona designada por él como su beneficiario en un formulario suministrado por o satisfactorio a la Compañía. En caso de que el beneficiario sea menor de edad el beneficio por muerte se le pagara a quien por virtud de la ley le corresponda la representación legal del menor. Si no se hubiese nombrado beneficiario, el beneficio por muerte se pagara a sus herederos legales, en la proporción establecida en la legislación vigente al momento de ocurrir el siniestro.

Cualquier asegurado, mientras se halle protegido bajo esta póliza, puede cambiar de beneficiario de tiempo en tiempo, sin tener que notificar a dicho beneficiario ni obtener su consentimiento, sino solo presentar mediante el Contratante, la notificación escrita con tal fin en un formulario suministrado por la Compañía o en uno satisfactorio a ésta.

En caso de haberse designado a más de un beneficiario y de que el asegurado haya dejado de especificar en tal designación el derecho respectivo que tengan los varios beneficiarios, éstos recibirán porciones iguales. Si cualquier beneficiario designado falleciere antes del asegurado, quedará terminado el derecho de tal beneficiario, y en ese caso la parte que le correspondía a él será pagada en porciones iguales a aquellos beneficiarios que sobrevivan al asegurado. De no vivir ningún beneficiario al ocurrir el fallecimiento del asegurado, el pago correspondiente le será efectuado en una sola cantidad a los albaceas o administradores legales de la sucesión del asegurado, formalmente constituido.

Lugar y Fecha: _____

EL CONTRATO COMPLETO

Forman parte del presente contrato, la solicitud del Contratante, las tarjetas de enrolamiento, los anexos, las declaraciones de asegurabilidad, los certificados médicos, los parámetros técnicos fijados por la Compañía y cualquier otro documento escrito y aceptado por las partes, que guarde relación con el presente contrato de seguro.

ELEGIBILIDAD

Son elegibles a gozar de las coberturas de esta póliza las personas titulares mayores de 18 años que sean cuenta habientes activos del Banco de Occidente y que sean menores de 64 años de edad y cuya residencia permanente es Honduras.

EXCLUSIONES

"El seguro de vida incluido en esta póliza no contempla ninguna exclusión, excepto el suicidio y homicidio o daños causados por arma de fuego o corto punzante, artefactos explosivos y/o incendiarios producidos por actos voluntarios del Asegurado o de un tercero en los primeros doce meses de vigencia del seguro."

PERIODO DE GRACIA PARA PAGAR PRIMAS

Queda enmendado la cláusula "Periodo de Gracia pagar la Prima" a efecto de extender dicho periodo a no menos de sesenta (60) días.

REDUCCION DE LA SUMA ASEGURADA

El Seguro de Vida reducirá un 50% al cumplimiento de los 65 años de edad

TERMINACION DEL SEGURO INDIVIDUAL

La cobertura de los asegurados amparados en este contrato terminará inmediatamente por cualquiera de las siguientes causas:

- Por la falta del pago de la prima vencido el periodo de gracia.
- Al vencimiento del contrato si éste no se renueva. La Compañía no tiene obligación de renovar este contrato a su vencimiento.
- Cuando el Contratante revoque por escrito la póliza.
- El asegurado principal revoque por escrito el seguro.
- La fecha en que deje de ser miembro de una de las categorías de este contrato que le dan derecho a seguro.
- En la fecha en que el asegurado termine su relación o vínculo con el Contratante.
- La fecha en que el asegurado principal cancele voluntariamente su participación.
- La fecha de terminación de esta póliza o emienda a la póliza que de por terminado el seguro del asegurado.
- Cuando la Compañía compruebe que el asegurado ha cometido fraude o presentado documentación falsa o inexacta o ha hecho declaraciones falsas para obtener los beneficios de este contrato.
- Cuando el asegurado cumpla 75 años de edad.

Firma del asegurado _____

Nombre: _____

No. de identidad: _____