

**FORMULARIO DE MODIFICACION  
SEGURO COLECTIVO DE VIDA Y SALUD**
**I. DATOS GENERALES**

<b>CONTRATANTE:</b>									
<b>PRIMER APELLIDO</b>		<b>SEGUNDO APELLIDO</b>		<b>PRIMER NOMBRE</b>		<b>SEGUNDO NOMBRE</b>		<b>APELLIDO DE CASADA</b>	
Número de Certificado		Fecha de Nacimiento		D	M	A	Edad	Años	

**II. TIPO DE CAMBIO**

Inclusión de Beneficiarios	<input type="checkbox"/>	Exclusión de Dependientes	<input type="checkbox"/>	Nombre del Dependiente	<input type="checkbox"/>
Exclusión de Beneficiarios	<input type="checkbox"/>	Porcentaje de Beneficiarios	<input type="checkbox"/>	Nombre del Beneficiario	<input type="checkbox"/>
Inclusión de Dependientes	<input type="checkbox"/>	Nombre del Colaborador	<input type="checkbox"/>	Otros Cambios (Detalle)	<input type="checkbox"/>

**III. BENEFICIARIOS DEL SEGURO DE VIDA**

	Nombre del Beneficiario (Letra de molde)	Número de Identidad	Parentesco	%
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

**IV. DEPENDIENTES ELEGIBLES DEL SEGURO MEDICO (CÓNYUGE E HIJOS)**

	Nombre (Letra de molde)	Parentesco	Fecha de Nacimiento
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

**INFORMACIÓN DE SALUD DE CONYUGE E HIJOS DEPENDIENTES:** ¿Padecen o han padecido de las siguientes enfermedades: Estómago, esófago intestino grueso/delgado (colon), recto y ano, vesícula y vía biliar, hígado, páncreas; del útero, ovarios, vulva, próstata, testículos, vesícula seminal, de las vías urinarias y renales; anemia, anomalías sanguíneas, leucemia y todo lo relacionado con el sistema nervioso o enfermedades neurológicas: migrañas, convulsiones o epilepsia, vértigos, autismo; catarata, glaucoma, queratocono, de los oídos, nariz y garganta, rinitis, asma, alergias, bronquitis, neumonía, tuberculosis; hipertensión arterial, diabetes, cardiopatías, desórdenes hormonales, enfermedades de los músculos y articulaciones, artritis, osteopenia, osteoporosis, osteoartritis, fibromialgia, esclerosis, ligamentos, tendones, de la columna vertebral y médula espinal; de las mamas, tiroides, hernias, tumores benignos y/o malignos, cáncer de todo tipo, trasplantes, enfermedades de la piel, cirugías estéticas, enfermedades mentales o defectos congénitos y cualquier padecimiento degenerativo o enfermedad no especificada aquí?

De cada respuesta positiva, indicar la enfermedad, a quién de los dependientes aplica, médico tratante, fecha de ocurrencia y su condición actual:

	Nombre del Dependiente	Enfermedad	Médico Tratante	Fecha de Ocurrencia	Condición Actual
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					

**Observaciones:**

---

---

---

---

---

---

---

---

Esta aplicación se considera como una modificación de seguro y, por lo tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por Seguros del País, S.A., ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de este documento. Así mismo por este medio autorizo y faculto a Seguros del País, S.A. para que en cualquier tiempo pueda obtener información mía y de mis dependientes, de todo médico, hospital, clínica privada o pública, Instituto Hondureño de Seguridad Social, laboratorios médicos u otra fuente, incluyendo la Central de Riesgos de la Comisión Nacional de Bancos y Seguros, cualquier información que juzgue necesaria y estoy de acuerdo que la misma permanezca como propia de Seguros del País S.A. ya sea que se otorgue el seguro o no. Una fotocopia de esta autorización es tan válida como el original. Cualquier omisión o declaración incompleta o incorrecta puede ser causa de que una reclamación válida sea rechazada y la póliza cancelada.

Lugar y Fecha:		
Firma del Solicitante	Firma y Sello del Contratante	Fecha / Firma de aprobación