



# DAVIVIENDA

## Seguros

SEGURO COLECTIVO DE ACCIDENTES PERSONALES  
SOLICITUD DE INGRESO INDIVIDUAL

Nombre del Contratante o Patrono:		<input type="checkbox"/> VIDA	<input type="checkbox"/> ACCIDENTES
PÓLIZA No.	CERTIFICADO:	VIGENCIA:	<input type="checkbox"/> MÉDICO HOSPITALARIO

### I. DATOS GENERALES

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido de Casada
Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Estatura:	Peso:	Lugar y fecha de nacimiento:	Día Mes Año
Estado civil: S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>	No. de Identidad	No. de Pasaporte	Carné de Residente	Edad:
Es Zurdo: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Nacionalidad:	Barrio o Colonia:	Avenida:	
Calle:	Bloque:	No. Casa:	Ciudad:	Departamento:
Teléfonos: Domicilio:		Celular:	Profesión:	
Posición o cargo que desempeña:			Fecha de empleo:	Día Mes Año
Salario Mensual: Lps.	Pagará Ud. Primas: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	E-mail:		

### DATOS DEL CONYUGE

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido de Casada
Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Lugar y fecha de nacimiento:			Día Mes Año
Estado civil: S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>	No. de Identidad	No. de Pasaporte	Carné de Residente	Edad:
Nacionalidad:	Dirección domicilio:			
Telefonos: Domicilio:	Celular:	Empresa donde trabaja:		
Dirección de la Empresa:	Profesión:	Posición o cargo que desempeña:		
Salario o ingreso mensual: Lps.	Fecha de empleo:	Día	Mes	Año
Fuente de ingreso:	Teléfono oficina:	Fax:	E-mail:	

### II. BENEFICIARIOS (UNICAMENTE PARA SEGURO COLECTIVO DE VIDA Y/O SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES)

Nombre	Parentesco	Participación
Principales:		
Contingentes:		

### III. COBERTURAS (USO EXCLUSIVO DE LA COMPAÑIA)

Vida	Sumas Aseguradas	Accidentes Personales	Sumas Aseguradas
Muerte Natural	Lps.	Clase N°	Recargo por:
Muerte Accidental		Muerte Accidental	Lps.
Incapacidad Temporal		Incapacidad Permanente	
Seguro Opcional		Incapacidad Temporal	
Últimos Gastos Empleado		Gastos Medicos y Hospitalizacion	
PRIMA TOTAL		PRIMA TOTAL	Lps.

Uso Exclusivo del Contratante **SEGURO MEDICO HOSPITALARIO: SI  NO**  De acuerdo a los términos de la póliza

Maternidad SI  NO  Máximo Vitalicio: Clase o Categoría:

### IV. DEPENDIENTES (SEGURO MEDICO HOSPITALARIO)

Nombre	Sexo	Fecha de Nacimiento	Lugar de Trabajo
Conyuge:			
Hijo(a):			



V. INFORMACIÓN ADICIONAL

(SUBRAYAR LA(S) CONDICION (ES) QUE APLIQUE (N))

Usted o cualquiera de sus dependientes padece de enfermedades tales como: Aneurismas, Arterioesclerosis, Ataques o Convulsiones, Cáncer y/o tumores benignos, Depresiones por enfermedades mentales o psiquiátricas, Derrame cerebral, Diabetes, Dolores de cabeza, Epilepsia, Gastro intestinales, Gibosis (jorobas), Gota, Parkinson, Tuberculosis, Vértigos o desmayos, de la Tiroides, del Cerebro y Nervios, del Corazón, de la Columna, de la Vista, de la Sangre, de las Vías Urinarias o Riñones, del Hígado, de los Oídos o Audición, de los Organos Reproductivos, de las Vías Respiratorias, de la Piel, de los Pulmones, Hipertensión o Hipotensión Arterial, Angina de Pecho, Palpitaciones, Disnea (cansancio), Neurastenia, Parálisis; Enfermedades Venéreas u otro padecimiento no mencionado anteriormente. Conteste SI  NO

En caso afirmativo subrayar y dar detalles:

Nombre a quien aplican: \_\_\_\_\_  
 Diagnóstico: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Médico tratante, hospital o clínica: \_\_\_\_\_

¿Usted o alguno de sus dependientes ha sido intervenido quirúrgicamente? Conteste SI  NO

¿Tiene cirugías pendientes? SI  NO

Nombre a quien aplican: \_\_\_\_\_  
 Diagnóstico: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Médico tratante, Hospital o Clínica: \_\_\_\_\_

Solo para mujeres (Titular o Dependiente)	Conteste	SI	NO
Alguna enfermedad en la matriz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alguna enfermedad en los ovarios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alguna enfermedad en los pechos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esta embarazada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fecha de la ultima menstruación	Día <input type="checkbox"/>	Mes <input type="checkbox"/>	Año <input type="checkbox"/>

Nombre a quien aplican: \_\_\_\_\_  
 Diagnóstico: \_\_\_\_\_  
 Médico tratante, Hospital o Clínica: \_\_\_\_\_

¿Usted o alguno de sus dependientes tiene algún impedimento físico? Conteste SI  NO

Nombre a quien aplican: \_\_\_\_\_  
 Describalo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Médico tratante, Hospital o Clínica: \_\_\_\_\_

¿Usted o alguno de sus dependientes ha sufrido algún tipo de accidente? Conteste SI  NO

Nombre a quien aplican: \_\_\_\_\_  
 Tipo de accidente: \_\_\_\_\_ Secuelas: \_\_\_\_\_  
 Fecha del Accidente: \_\_\_\_\_ Médico tratante, Hospital o Clínica: \_\_\_\_\_

Declaro que todas las respuestas anteriores son exactas, completas y verídicas y acepto que sean consideradas como base para la emisión del seguro de vida que solicito. Asimismo, por este medio AUTORIZO a los Médicos, Hospitales, Instituto Hondureño de Seguridad Social, Clínicas y Laboratorios que me hayan asistido o que me asistan en el futuro con respecto a mi salud, para que suministren a SEGUROS BOLIVAR HONDURAS, S.A. (DAVIVIENDA SEGUROS) la información que ésta requiera en relación con el seguro de vida 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 deberá ser considerada tan efectiva y válida como el original.

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Firma o huella del solicitante

Firma y sello del contratante o Patrono

