DAVIVIENDA Seguros

# SOLICITUD DE INGRESO INDIVIDUAL AL SEGURO COLECTIVO DE PERSONAS

Formato de Consentimiento del Asegurado

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre del Contratante o Patrono: | | | ❑ VIDA ❑ ACCIDENTES |
| PÓLIZA No. | CERTIFICADO: | VIGENCIA: | ❑ MÉDICO HOSPITALARIO |

**I. DATOS GENERALES**

| Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | Apellido de Casada |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Sexo: M❑ F❑ | Estatura: | Peso: | Lugar y fecha de nacimiento: | | Día | | Mes | | Año | |
| Estado civil: S❑ C❑ | No.de Identidad ❑ | No.de Pasaporte ❑ | Carné de Residente ❑ | | | | | | Edad: | |
| Es Zurdo: SI❑NO❑ | Nacionalidad: | | Barrio o Colonia: | | | | | | Avenida: | |
| Calle: | Bloque: | No. Casa: | Ciudad: | Departamento: | | | | | Otras Señas: | |
| | Teléfonos: Domicilio: | | Celular: | Profesión: | | | | | | |
| Posición o cargo que desempeña: | | | | Fecha de empleo: | Día | | Mes | | Año | |
| Salario Mensual: Lps. | Pagará Ud. Primas: **SI** ❑ **NO** ❑ | | E-mail: | | | | | | | |

**DATOS DEL CONYUGE**

| Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | Apellido de Casada |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Sexo: M ❑ F ❑ | Lugar y fecha de nacimiento: | | | Día | | Mes | | Año | |
| Estado civil: S❑ C❑ | No. de Identidad ❑ | No. de Pasaporte ❑ | Carné de Residente ❑ | | | | | | Edad: |
| Nacionalidad: | Dirección domicilio: | | | | | | | | |
| Teléfonos: 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: |
| DIBA | | Muerte Accidental | Lps. |
| R.I. | | Incapacidad Permanente | |
| Seguro Opcional | | Incapacidad Temporal | |
| Últimos Gastos Empleado | | Gastos Médicos | |
| 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 MÉDICO HOSPITALARIO)**

| Nombre | Sexo | Fecha de Nacimiento | Lugar de Trabajo |
|---|---|---|---|
| Conyuge: | | | |
| Hijo(a): | | | |
| Hijo(a): | | | |
| Hijo(a): | | | |
| 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, Diábetes, 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 ó NO**

Alguna enfermedad en la matriz ☐ ☐

Alguna enfermedad en los ovarios ☐ ☐

Alguna enfermedad en los pechos ☐ ☐

Esta embarazada ☐ ☐

Fecha de la ultima menstruación Día ☐ Mes ☐ Año ☐

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: _____

Descríbalo: _____ 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 BOLÍVAR 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** |

LA0046

**Texto Registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros, según Resolución Registro POL GPU No. 71/12-10-2021**