

**Formato de Consentimiento del Asegurado**

|                         |              |                 |              |                 |
|-------------------------|--------------|-----------------|--------------|-----------------|
| N° de Póliza:           | N° de Cert.: | Suma Asegurada: | Prima Anual: | VIGENCIA: / /   |
| Nombre del contratante: |              |                 |              | No. Expediente: |

**I. DATOS GENERALES DEL PRESTATARIO**

|                                                                                                                                                                                                           |                  |                                                                            |                                             |                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------|
| 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 <input type="checkbox"/> No. de Pasaporte <input type="checkbox"/> Carné de Residente <input type="checkbox"/> Edad: |                  |                                                                            |                                             |                      |
| 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 <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 <input type="checkbox"/> No. de Pasaporte <input type="checkbox"/> Carné de Residente <input type="checkbox"/> 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**

| Nombre | Parentesco | Participación |
|--------|------------|---------------|
|        |            |               |
|        |            |               |
|        |            |               |
|        |            |               |
|        |            |               |

**III. INFORMACIÓN ADICIONAL**

Ha padecido o 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, de los oídos o audición, de los órganos 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 o NO ☐

En caso afirmativo subrayar y dar detalles:

Diagnóstico: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Estado Actual: \_\_\_\_\_

Médico Tratante, Hospital o Clínica:

|                                        |                                                                    |        |
|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------|
| ¿Ha sido Intervenido quirúrgicamente ? | Conteste <input type="checkbox"/> SI o NO <input type="checkbox"/> | Fecha: |
| Diagnóstico:                           | Médico Tratante, Hospital o Clínica:                               |        |

|                                                        |          |                                      |        |
|--------------------------------------------------------|----------|--------------------------------------|--------|
| ¿Ha recibido tratamiento médico en los últimos 5 años? | Conteste | SI o NO<br><input type="checkbox"/>  | Fecha: |
| Diagnóstico:                                           |          | Médico Tratante, Hospital o Clínica: |        |
| ¿Tiene algún impedimento físico?                       | Conteste | SI o NO<br><input type="checkbox"/>  | Fecha: |
| Describalo:                                            |          | 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 |
|--------------------------------|-------------------------------|

LA0562