

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 ☐		Estatuta:	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
Salario Mensual: Lps.		Pagará Ud. Primas: SI ☐ NO ☐		E-mail:		Año			

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:					
Fuente de ingreso:		Salario o ingreso mensual: Lps.		Fecha de empleo:		Día	Mes	Año	
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
Gastos de Repatriación	Lps.	Clase N°	Recargo por:
Doble Indemnización por Muerte Accidental y Pérdida de Órganos (DIMAP)		Muerte Accidental	Lps.
Pago Anticipado de la Suma Asegurada por Invalidez Total o Permanente (PASIT)		Incapacidad Permanente	
Ayuda para funerales de últimos gastos		Incapacidad Temporal	
Pago Anticipado parcial de la Suma Asegurada Básica en caso de Enfermedad Terminal		Gastos Médicos	Lps.
Gastos Médicos y Hospitalarios		PRIMA TOTAL	
Seguro de Desempleo			
PRIMA TOTAL			

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, 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 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