



DAVIVIENDA
Seguros



DAVIVIENDA

Seguro de Vida Portafolio Solicitud de Seguro

Monto del Seguro:

Analista:

Datos del Asegurado

Nombre del Asegurado:			
Tipo de identificación:			
Numero de identificación:			
Lugar de Nacimiento:	Ciudad:	País:	
Fecha de Nacimiento: DD/MM/AA:			Edad:
Nacionalidad:		Sexo:	Femenino Estado Civil:
Dirección Completa del Asegurado: Bo/Col/Res:			
Ave./Calle:	Bloque:	No. Casa:	
Mun/Ciudad:	Departamento:		
Otras Señas:			
Teléfono domicilio:	Celular:	Otro Tel.:	
Correo electrónico:			
Profesión u Oficio:	Actividad Económica:		
Posee Negocio Propio:	No	Nombre del Negocio:	
Giro o Actividad del Negocio:			
Nombre de la Empresa donde labora:			
Posición o Cargo que desempeña:			
Tiempo de laborar:			
Dirección completa de lugar de Trabajo: Col/Res:			
Ave/Calle:	Bloque:	Edificio:	
Mun/Ciudad:	Departamento:		
Otras Señas:			
Teléfono:	N° de Ext.:	Fax:	
Correo Electrónico:			
Sitio Web:			

Declaración de Beneficiarios

1. Muerte
2. Invalidez Total y Permanente

Beneficiarios (Son de Libre Designación)

Nombres y Apellidos	% de Participación	Parentesco

Beneficiarios Contingentes:

Nombres y Apellidos	% de Participación	Parentesco

Información Adicional

Ha padecido o padece de enfermedades tales como: Aneurismas, Arteroesclerosis, 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 tiroide, 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 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.

Si

En caso de ser afirmativo detallar:

Diagnóstico: Fecha:

Médico Tratante: Hospital o Clínica:

Cuestionario Médico

¿Usted ha sido intervenido quirúrgicamente? ¿Tiene Cirugías Pendientes?

Diagnóstico: Fecha:

Médico Tratante: Hospital o Clínica:

¿Usted ha recibido tratamiento médico en los últimos años?

Diagnóstico: Fecha:

Médico Tratante: Hospital o Clínica:

¿Usted tiene algún impedimento físico?

Describalo: Fecha:

Médico Tratante: Hospital o Clínica:

¿Usted ha sufrido algún tipo de accidente? No Fecha del Accidente:

Tipo de Accidente: Secuelas:

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.

En este acto de manera voluntaria, libre, expresa e irrevocable declaro que he decidido suscribir el Seguro de Vida PORTAFOLIO de Seguros Bolivar Honduras, S.A. (Davivienda Seguros) y endosarlo a favor de Banco DAVIVIENDA HONDURAS, S.A.

Lugar y Fecha:

Firma y huella del Solicitante