

Fecha:
Hora:
Pagina:
Póliza:



SEGURO DAVIDA PROTECCIÓN FAMILIA CONDICIONES PARTICULARES

Contratante: _____, de ahora en adelante denominado _____
Solicito mi inclusión como Asegurado de la Póliza de _____ de Grupo suscrita por _____ con los amparos y valores asegurados descritos a continuación:

Datos Generales

Póliza: _____ Categoría: TITULAR Canal Venta: _____
Ramo: 07 DAVIDA PROTECCION FAMILIA Centro de Costo: _____
Empleado: _____ Gerente: _____
Cliente: _____ Ocupación: _____
Vig. Desde: _____ Plan: _____
Vig. Hasta: _____ Suma Asegurada: _____
F/Emisión: _____ Forma Pago: _____
Cuenta: AHORROS Cuota a Pagar: _____

Datos del Asegurado

Asegurado: _____ DNI: _____
Dirección: _____ Estado Civil: _____ Sexo: _____
Ciudad: _____ F/Nacimiento: _____ Edad: _____
Correo: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

Programa de Coberturas

Valor Asegurado Prima Anual

COBERTURA BASICA:

Básica por fallecimiento
Gastos fúnebres
Pago anticipado del capital por Invalidez Total y Permanente (PASIT)
Enfermedades Graves
Renta diaria por hospitalización (Accidente ó Enfermedad)

Beneficiarios

No.	Nombre Beneficiario	% Participación	Parentesco
-----	---------------------	-----------------	------------

1

Débito a la cuenta: AHORROS Por En concepto de pago de prima.

Cuestionario Médico

¿Padece de Diabetes? _____ Estatura (Mts)
¿Padece o ha padecido de Cáncer? _____ Peso en Libras
¿Padece de insuficiencia renal? _____ Peso en Kilos
¿Padece de Cardiopatías? _____ Masa Corporal
¿Padece de SIDA? _____

Fecha:
Hora:
Pagina:
Póliza:

INFORMACIÓN MEDICA

Ha padecido o padece de enfermedades tales como: Aneurismas, Arterioesclerosis, Ataques o Convulsiones, Cáncer y/o tumores benigno, por enfermedades mentales o psiquiátricas, Derrame cerebral, Diabetes Dolores de cabeza, Epilepsia, Gastrointestinales, 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 órganos Reproductivos, de las vías Respiratorias, de la Piel, de los Pulmones, Hipertensión o Hipotensión Arterial, Angina de pecho, Palpitaciones Disnea (cansancio), Neurastenia, Parálisis, VIH, SIDA, Enfermedades venéreas u otro padecimiento no mencionado anteriormente.

En caso afirmativo subrayar y dar detalles: (SI=S / NO=N): N

Diagnóstico: Fecha: 0

Médico Tratante, Hospital o Clínica:

¿Ha sido Intervenido quirúrgicamente? (SI=S / NO=N): N

¿Se encuentra en tratamiento médico actualmente?: (SI=S / NO=N): N

Diagnóstico: Fecha: 0

Médico Tratante, Hospital o Clínica:

¿Usted tiene algún impedimento físico?: (SI=S / NO=N): N

Describalo: Fecha: 0

Médico Tratante, Hospital o Clínica:

¿Usted ha sufrido algún tipo de accidente?: (SI=S / NO=N): N

Tipo de Accidente: Secuelas: Fecha: 0

Médico Tratante, Hospital o Clínica:

AUTORIZACION DEL ASEGURADO

Asimismo, por este medio AUTORIZO para que de acuerdo con el valor indicado anteriormente, se haga cargo a mi cuenta de ahorro, tarjeta de crédito o cuenta de cheques de la suma que haya lugar, según la periodicidad seleccionada de acuerdo a mi edad, el plan escogido y la tabla de primas. 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 Davivienda Seguros, la información que esta requiera relación con el seguro de vida que solicito, relevándolos de cualquier prohibición legal que exista sobre revelación de los datos de sus registros en respecto a mi persona. Queda entendido y convenido que una copia fotostática de esta autorización deberá ser considerada tan efectiva y válida como la original.

DECLARACION DEL ASEGURADO

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. Que no ejerzo actividades peligrosas, ni fuera de la ley. Davivienda Seguros, se reserva todos los derechos que le puedan asistir en caso de que antes o después de mi fallecimiento se compruebe que esta declaración no corresponde a mi verdadero estado de salud en el momento de aceptarse el seguro, así mismo estoy recibiendo de la Compañía de Seguros las condiciones generales de la póliza.

CERTIFICACION

1. Davivienda certifica que tiene contratada con Davivienda Seguros, una póliza de Seguro de Vida de grupo con las Condiciones Generales adjuntas con cobertura de Vida, Invalidez Total y Permanente, Enfermedades Graves, Gastos Fúnebres y Renta Diaria por Hospitalización por Enfermedad o Accidente.
2. Que Davivienda Seguros, ha aceptado la inclusión en ella de la persona a quien como Asegurado se expide esta Solicitud-Certificado. Los amparos entrarán en vigencia a las 12:00 horas del día siguiente a la fecha de expedición de este documento, con término de un año contado a partir de esa fecha y con renovación automática por el solo hecho del pago de la prima.
3. Que Davivienda Seguros, al recibo de la presente Solicitud-Certificado acompañado de las pruebas fehacientes de la muerte, invalidez total y permanente o enfermedades graves, ocurridos durante la vigencia del seguro, pagará a los beneficiarios designados en la proporción que se anota o al Asegurado el valor o proporción del seguro, como se describe en las Condiciones Generales.

Esta póliza cancela y reemplaza automáticamente una anterior tomada por el mismo Asegurado.

El NO PAGO de la prima o de sus fracciones dentro del mes siguiente a la fecha de cada vencimiento produce la terminación de este contrato de seguro.

Lugar y Fecha: Tegucigalpa M.D.C.

Firma del Asegurado

Director General de Seguros