

SEGURO DE VIDA HIPOTECARIO

SOLICITUD DE SEGURO

Monto del préstamo:

Analista:

I. DATOS GENERALES

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido de Casada
Sexo: F ☐ M ☐	Estatura:	Peso:	Estado Civil: C ☐ S ☐ O ☐	
Lugar y fecha de nacimiento:	Día	Mes	Año	Edad
Nacionalidad:	Nº Identidad:	Profesión:		
Ocupación actual:	Sueldo Mensual Lps:			
Dirección Particular: Colonia o Barrio:	Avenida:		Calle o Bloque:	
Municipio:	Casa No:	Teléfono:		

II. Programa de Coberturas

Cobertura Básica: Fallecimiento del Asegurado

Pago Anticipado de la Suma Asegurada por Invalidez Total y Permanente (PASIT)

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, 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; Enfermedades venéreas u otro padecimiento no mencionado anteriormente.

En caso afirmativo subrayar y dar detalles

Si ☐ No ☐

Diagnóstico:	Fecha:
Médico Tratante, hospital o clínica:	
¿Usted ha sido intervenido quirúrgicamente?	Si ☐ No ☐
¿Tiene cirugías pendientes?	Si ☐ No ☐
Diagnóstico:	Fecha:
Médico Tratante, hospital o clínica:	
¿Usted ha recibido tratamiento médico en los últimos años?	Si ☐ No ☐
Diagnóstico:	Fecha:
Médico Tratante, hospital o clínica:	
¿Usted tiene algún impedimento físico?	Si ☐ No ☐
Descríbalo	Fecha:
Médico Tratante, hospital o clínica:	
¿Usted ha sufrido algún tipo de accidente?	Si ☐ No ☐
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

1

de

de 20

Firma o huella del solicitante

IV. Observaciones (exclusivo Davivienda)

[illegible]