

SEGURO INTEGRAL DE INCENDIO PARA CASA DE HABITACIÓN

ANEXO 3. DESCRIPCION PARA LA SECCIÓN IX ACCIDENTES PERSONALES FAMILIARES QUE FORMA PARTE DE LA PROPUESTA DE ASEGURAMIENTO

DATOS DEL TITULAR									
Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer nombre		Segundo Nombre		Apellido de Casada	
Fecha de Nacimiento:		Día		Mes		Año		No. de Identidad:	
Ocupación:									
COBERTURAS		SUMA PROPUESTA		BENEFICIARIO(S)		Parentesco		% Particip.	
A) Muerte Accidental		Lps.							
B) Incapacidad Permanentes		Lps.							
C) Gastos Médicos		Lps.							
¿Padece o ha padecido de enfermedades crónicas o graves tales como: ¿Epilepsia, vértigos, enfermedades mentales o del sistema nervioso, enfermedades del corazón, hipertensión arterial, afecciones coronarias, venas varicosas, diabetes, gota, cáncer, tumor, úlcera, enfermedades de los pulmones, riñones, ojos y oídos? Si ☐ No ☐									
¿Adolece de mutilaciones, deformaciones o defectos físicos? Si ☐ No ☐									
¿Es Zurdo? Si ☐ No ☐									
¿Tiene defectos de la vista o de los oídos? Si ☐ No ☐									

DATOS PRIMER DEPENDIENTE DIRECTO

DATOS PARA DEPENDIENTES DIRECTOS

DATOS PRIMER DEPENDIENTE DIRECTO									
Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer nombre		Segundo Nombre		Apellido de Casada	
Fecha de Nacimiento:		Día		Mes		Año		No. de Identidad:	
Ocupación:									
COBERTURAS		SUMA PROPUESTA		BENEFICIARIO(S)		Parentesco		% Particip.	
A) Muerte Accidental		Lps.							
B) Incapacidad Permanente		Lps.							
C) Gastos Médicos		Lps.							
¿Padece o ha padecido de enfermedades crónicas o graves tales como: ¿Epilepsia, vértigos, enfermedades mentales o del sistema nervioso, enfermedades del corazón, hipertensión arterial, afecciones coronarias, venas varicosas, diabetes, gota, cáncer, tumor, úlcera, enfermedades de los pulmones, riñones, ojos y oídos? Si ☐ No ☐									
¿Adolece de mutilaciones, deformaciones o defectos físicos? Si ☐ No ☐									
¿Es Zurdo? Si ☐ No ☐									
¿Tiene defectos de la vista o de los oídos? Si ☐ No ☐									

DATOS SEGUNDO DEPENDIENTE DIRECTO

DATOS SEGUNDO DEPENDIENTE DIRECTO									
Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer nombre		Segundo Nombre		Apellido de Casada	
Fecha de Nacimiento:		Día		Mes		Año		No. de Identidad:	
Ocupación:									
COBERTURAS		SUMA PROPUESTA		BENEFICIARIO(S)		Parentesco		% Particip.	
A) Muerte Accidental		Lps.							
B) Incapacidad Permanentes		Lps.							
C) Gastos Médicos		Lps.							
¿Padece o ha padecido de enfermedades crónicas o graves tales como: ¿Epilepsia, vértigos, enfermedades mentales o del sistema nervioso, enfermedades del corazón, hipertensión arterial, afecciones coronarias, venas varicosas, diabetes, gota, cáncer, tumor, úlcera, enfermedades de los pulmones, riñones, ojos y oídos? Si ☐ No ☐									
¿Adolece de mutilaciones, deformaciones o defectos físicos? Si ☐ No ☐									
¿Es Zurdo? Si ☐ No ☐									
¿Tiene defectos de la vista o de los oídos? Si ☐ No ☐									

SEGURO INTEGRAL DE INCENDIO PARA CASA DE HABITACIÓN

ANEXO 3. DESCRIPCION PARA LA SECCIÓN IX ACCIDENTES PERSONALES FAMILIARES QUE FORMA PARTE DE LA PROPUESTA DE ASEGURAMIENTO

DATOS TERCER DEPENDIENTE DIRECTO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer nombre	Segundo Nombre	Apellido de Casada
Fecha de Nacimiento: Día Mes Año No. de Identidad:				
Ocupación:				
COBERTURAS	SUMA PROPUESTA	BENEFICIARIO(S)	Parentesco	% Particip.
A) Muerte Accidental	Lps.			
B) Incapacidad Permanente	Lps.			
C) Gastos Médicos	Lps.			
¿Padece o ha padecido de enfermedades crónicas o graves tales como: ¿Epilepsia, vértigos, enfermedades mentales o del sistema nervioso, enfermedades del corazón, hipertensión arterial, afecciones coronarias, venas varicosas, diabetes, gota, cáncer, tumor, úlcera, enfermedades de los pulmones, riñones, ojos y oídos?				
Si ☐ No ☐				
¿Adolece de mutilaciones, deformaciones o defectos físicos?		Si ☐ No ☐	¿Es Zurdo? Si ☐ No ☐	
¿Tiene defectos de la vista o de los oídos?		Si ☐ No ☐		

DATOS PARA MENORES DE 3 MESES A 12 AÑOS DE EDAD

DATOS PRIMER MENOR DE 3 MESES A 12 AÑOS

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer nombre	Segundo Nombre
Fecha de Nacimiento: Día Mes Año No. de Identidad:			
Ocupación:			
COBERTURAS	SUMA PROPUESTA	BENEFICIARIO(S)	Parentesco
A) Muerte Accidental	Lps.		
B) Incapacidad Permanente	Lps.		
C) Gastos Médicos	Lps.		
¿Padece o ha padecido de enfermedades crónicas o graves tales como: ¿Epilepsia, vértigos, enfermedades mentales o del sistema nervioso, enfermedades del corazón, hipertensión arterial, afecciones coronarias, venas varicosas, diabetes, gota, cáncer, tumor, úlcera, enfermedades de los pulmones, riñones, ojos y oídos?			
Si ☐ No ☐			
¿Adolece de mutilaciones, deformaciones o defectos físicos?		Si ☐ No ☐	¿Es Zurdo? Si ☐ No ☐
¿Tiene defectos de la vista o de los oídos?		Si ☐ No ☐	

DATOS SEGUNDO MENOR DE 3 MESES A 12 AÑOS

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer nombre	Segundo Nombre
Fecha de Nacimiento: Día Mes Año No. de Identidad:			
Ocupación:			
COBERTURAS	SUMA PROPUESTA	BENEFICIARIO(S)	Parentesco
A) Muerte Accidental	Lps.		
B) Incapacidad Permanente	Lps.		
C) Gastos Médicos	Lps.		
¿Padece o ha padecido de enfermedades crónicas o graves tales como: ¿Epilepsia, vértigos, enfermedades mentales o del sistema nervioso, enfermedades del corazón, hipertensión arterial, afecciones coronarias, venas varicosas, diabetes, gota, cáncer, tumor, úlcera, enfermedades de los pulmones, riñones, ojos y oídos?			
Si ☐ No ☐			
¿Adolece de mutilaciones, deformaciones o defectos físicos?		Si ☐ No ☐	¿Es Zurdo? Si ☐ No ☐
¿Tiene defectos de la vista o de los oídos?		Si ☐ No ☐	

SEGURO INTEGRAL DE INCENDIO PARA CASA DE HABITACIÓN

ANEXO 3. DESCRIPCION PARA LA SECCIÓN IX ACCIDENTES PERSONALES FAMILIARES QUE FORMA PARTE DE LA PROPUESTA DE ASEGURAMIENTO

DATOS TERCER MENOR DE 3 MESES A 12 AÑOS

Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer nombre		Segundo Nombre	
Fecha de Nacimiento:		Día	Mes	Año	No. de Identidad:		
Ocupación:							
COBERTURAS		SUMA PROPUESTA		BENEFICIARIO(S)		Parentesco	% Particip.
D) Muerte Accidental		Lps.					
E) Incapacidad Permanente		Lps.					
F) Gastos Médicos		Lps.					
¿Padece o ha padecido de enfermedades crónicas o graves tales como: ¿Epilepsia, vértigos, enfermedades mentales o del sistema nervioso, enfermedades del corazón, hipertensión arterial, afecciones coronarias, venas varicosas, diabetes, gota, cáncer, tumor, úlcera, enfermedades de los pulmones, riñones, ojos y oídos? Si ☐ No ☐							
¿Adolece de mutilaciones, deformaciones o defectos físicos?				Si ☐ No ☐		¿Es Zurdo? Si ☐ No ☐	
¿Tiene defectos de la vista o de los oídos?				Si ☐ No ☐			

El oferente hace constar que conoce y acepta las Condiciones Generales y Particulares de la póliza a.

Lugar y fecha:

Para uso exclusivo de SEGUROS BOLIVAR HONDURAS, S.A.
(DAVIVIENDA SEGUROS)

Firma del Oferente

Aprobó:

Firma del Productor

No _____

Fecha: