

# SOLICITUD DE INGRESO INDIVIDUAL AL SEGURO COLECTIVO DE PERSONAS

## Formato de Consentimiento del Asegurado

**Expediente No**


 Marcar con  la opción escogida

Nombre del Contratante o Patrono:		<input type="radio"/> VIDA	<input type="radio"/> ACCIDENTES
PÓLIZA No.	CERTIFICADO	<input type="radio"/> MÉDICO HOSPITALARIO	
	VIGENCIA		

**I. Datos Generales**

Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre		Apellido de Casada	
Sexo:	M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>	Peso:	Estatura:	Lugar y fecha de nacimiento:			Día	Mes	Año
Estado Civil	S <input type="radio"/> C <input type="radio"/>	Tipo de documento:		No. Documento:			Edad		
Es Zurdo	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	Nacionalidad:		Barrio o Colonia:			Avenida:		
Calle:	Bloque:	No. Casa:	Ciudad:	Departamento:			Otras Señas		
Teléfono Domicilio: Cód. de Área		Celular: Cód. de Área		Profesión:					
Posición o cargo que desempeña:				Fecha de empleo: Día		Mes	Año		
Salario Mensual: LPS.		Pagará Ud. Primas Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		Email:					

**DATOS DEL CONYUGE**

Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre		Apellido de Casada	
Sexo:	M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>	Lugar y fecha de nacimiento:			Día	Mes	Año		
Tipo de documento:		No. Documento:			Edad				
Nacionalidad:		Dirección de domicilio:							
Teléfono: Domicilio: Cód. de Área	Celular: Cód. de Área	Empresa donde trabaja:							
Dirección de la Empresa:		Profesión:			Posición o cargo que desempeña:				
Salario o ingreso mensuales: LPS.				Fecha de empleo: Día		Mes	Año		
Fuente de ingreso:	Teléfono oficina Cód. de Área	Fax: Cód. de Área	Email:						

**II. Beneficiarios**

(UNICAMENTE PARA SEGURO COLECTIVO DE VIDA Y/O ACCIDENTES PERSONALES)

Nombre	Parentesco	Participación
Principales:		
Contingentes:		

**III. Coberturas****(USO EXCLUSIVO DE LA COMPAÑÍA)**

Vida	Sumas Aseguradas	Accidentes Personales	Sumas Aseguradas
Muerte Natural	LPS:	Clase N°	Recargo por:
Muerte Accidental		Muerte Accidental	LPS.
Incapacidad Temporal		Incapacidad Permanente	
Seguro Opcional		Incapacidad Temporal	
Últimos Gastos Empleado		Gastos Médicos y Hospitalización	
PRIMA TOTAL		PRIMA TOTAL	LPS.

<b>Uso exclusivo del Contratante</b>	<b>SEGURO MEDICO HOSPITALARIO: SI</b>	<b>NO</b>	<b>De acuerdo a los términos de la póliza</b>
<b>Maternidad SI NO</b>	<b>Máximo Vitalicio:</b>		<b>Clase o Categorías:</b>

**IV. Dependientes****(SEGURO MÉDICO HOSPITALARIO)**

Nombre	Sexo	Fecha de Nacimiento	Lugar de Trabajo
Conyuge:			
Hijo(a):			

**V. Información Adicional****(SUBRAYAR LA(S) CONDICION(ES) QUE APLIQUE(N))**

Usted o cualquiera de sus dependientes padece de enfermedades tales como: Aneurisma, Arterioesclerosis, Ataques o Convulsiones, Cáncer y/o tumores benignos, Depresiones por enfermedades mentales opsiquiátricas, Derrame cerebral, Diabetes, Dolores de cabeza, Epilepsia, Gastro intestinales, Gibosis (jorobas), Gota, Parkinson, Tuberculosis, Vértigo 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: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Médico tratante, Hospital o Clínica: \_\_\_\_\_

¿Usted o alguno de sus dependientes ha sido intervenido quirúrgicamente? Conteste Sí  No

¿Tiene cirugías pendientes? Sí  No

Nombre a quien aplican: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Médico tratante, Hospital o Clínica: \_\_\_\_\_

Solo para mujeres(Titular o Dependiente)	Conteste	Sí	No	Nombre a quien aplica:
Alguna enfermedad en la matriz		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Alguna enfermedad en los ovarios		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Diagnóstico: _____
Alguna enfermedad en los pechos		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____
Esta embarazada		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Médico tratante, Hospital o Clínica: _____
Fecha de la ultima menstruación		Día <input type="text"/>	Mes <input type="text"/>	Año <input type="text"/>

¿Usted o alguno de sus dependientes tiene algún impedimento físico? Conteste Sí  No

Nombre a quien aplican: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Médico tratante, Hospital o Clínica: \_\_\_\_\_

¿Usted o alguno de sus dependientes ha sufrido algún tipo de accidente? Conteste Sí  No

Nombre a quien aplican: \_\_\_\_\_

Tipo de accidente: \_\_\_\_\_ Secuelas: \_\_\_\_\_

Fecha del accidente

Día	Mes	Año	Médico tratante, Hospital o Clínica:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____

### Cuestionario de COVID

1. ¿Tiene síntomas, padece o ha sido diagnosticado con COVID-19? Sí  No

a. En caso afirmativo, ¿estuvo hospitalizado? Sí  No

b. Durante su hospitalización, ¿Requirió ingresar a cuidados intensivos? Sí  No

c. ¿Se le realizó estudio de imagen pulmonar (rayos X o tomografía) con la cual le diagnosticaron neumonía? Sí  No

d. ¿Qué tratamiento recibió durante la enfermedad?

Esteroides (Ej. Dexametasona)  Tocilizumab  Oxígeno  Otros: \_\_\_\_\_

Remdesivir  Anticoagulantes  Antibióticos

2. ¿Ha sido vacunado contra el COVID-19? Sí  No

a. ¿Cuántas dosis? \_\_\_\_\_ Fechas de aplicación: \_\_\_\_\_ Tipo de vacuna: \_\_\_\_\_

b. Anexar copia de carné de vacunación en caso afirmativo (opcional)

3. Posterior a su enfermedad ha presentado alguna de las siguientes secuelas:

Fatiga  Insomnio  Trastornos de memoria  Depresión

Dificultad para respirar  Malestar en el pecho  Ansiedad

Tos  Trastornos de concentración  Trastorno de estrés postraumático

4. ¿Fue evaluado o está siendo tratado por un médico especialista posterior a la enfermedad de COVID-19?

Sí  No

a. ¿Nombre del médico que lo evaluó? \_\_\_\_\_

b. ¿Dónde fue evaluado?  Hospital  Clínica  Casa de habitación

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 BOLIVAR 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 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:  
Fecha:

Firma o huella del Solicitante:

Firma y sello del contratante o Patrono:

S-SV-IISCP-02-24