



**RECLAMACIÓN DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD**

Presentada por: (Nombres y Apellidos Completos del Asegurado) _____		
a SEGUROS BOLÍVAR HONDURAS, S.A. (Davivienda Seguros) con domicilio en Tegucigalpa, M.D.C., Honduras		
Póliza(s): No. _____ Expediente No. _____ Certificado No. _____		
Lugar y Fecha de Nacimiento: _____		
No. de Identidad: _____		
Ocupación actual: _____		
Lugar de trabajo: _____		Teléfonos: _____
Dirección del lugar de trabajo: _____		
No. de documentos presentados: _____		Valor total en facturas: _____
Causa de la Hospitalización:	Enfermedad <input type="checkbox"/>	Accidente <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>
Si la causa es Accidental u otro explique: Como: _____	Quando: _____	
Donde: _____		
Nombre del hospital donde recibió asistencia: _____		
Nombre del o los médicos que le atendieron: _____		
Diagnóstico completo de la Enfermedad o Accidente: _____		
Fecha de Ingreso: _____	Fecha de salida: _____	No. de días: _____
Fecha en que se le Diagnosticó la Enfermedad, Accidente u otro: _____		
Quienes o quien le acompañaron cuando ingreso al hospital: _____		
Dirección completa del hospital: _____		
Teléfono del hospital: _____		

**DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN**

Las declaraciones anteriores son verdaderas y escritas de buena fe, no obstante, autorizo a SEGUROS BOLÍVAR HONDURAS, S.A. (Davivienda Seguros) para que por medio de su personal o Apoderados Legales, concurra a las autoridades civiles y militares, médicos, instituciones hospitalarias, personas naturales y jurídicas para que realicen las confirmaciones procedentes e investigaciones relativas a las circunstancias de la Reclamación y que una vez completadas, si éstas son suficientes a su juicio, liquide el valor de la renta diaria estipulada conforme al contrato de seguro firmado por ambas partes.

Residencia completa actual: _____		
_____	Teléfono fijo: _____	Teléfono móvil: _____
Correo electrónico: _____	Lugar y Fecha: _____	
_____ Firma del Asegurado		

## INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL SINIESTRO

Por este medio autorizo a SEGUROS BOLÍVAR HONDURAS, S.A. (Davivienda Seguros) de ahora en adelante llamada LA EMPRESA a generar créditos a mi (nuestra) cuenta:

CHEQUE       AHORRO

Indicada a continuación y autorizo al Banco cuyo nombre aparece abajo, de ahora en adelante llamado EL BANCO, para acreditar a mi (nuestra) cuenta.

Banco: \_\_\_\_\_ Número de Cuenta: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Esta autorización permanecerá vigente hasta que El BANCO reciba notificación escrita sobre la terminación de la misma, firmada por la(s) persona(s) autorizada(s) para el manejo de la cuenta, exonerando (amos) a EL BANCO de toda responsabilidad por razón de instrucciones y cargos que se generen de la presente autorización.

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL ASEGURADO**

**Nota:**

Favor consultar con su Banco el número de cuenta para transferencias electrónicas.

## INSTRUCCIONES

- 1.- Las declaraciones contenidas al frente de este formulario deben ser hechas por el asegurado o por un tercero que cuente con autorización expresa para poder suscribir la misma.
- 2.- Las Pruebas para la cobertura de Renta por Hospitalización por Accidente o Enfermedad comprende los siguientes documentos:
  - a) Formulario de reclamación que comunique de manera inmediata el estado de paciente hospitalizado del asegurado.
  - b) Cédula de identidad o Certificación del Acta de Nacimiento.
  - c) Constancia Médica Original debidamente sellada y firmada por el médico tratante, extendida en papel membrete del hospital o en papel del Colegio Médico de Honduras, donde indique el diagnóstico y la cantidad de noches que el asegurado estuvo hospitalizado.
  - d) Fotocopia de facturas debidamente canceladas al hospital por los servicios médicos recibidos incluyendo los días de hospitalización; exceptuando aquellos casos en que los servicios médicos fueron suministrados por:
    - i) Un hospital que pertenezca o sea manejado por el gobierno o por el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS); y
    - ii) Cualquier otro Hospital por cuya asistencia médica el asegurado no tiene que pagar.
  - e) Cualquier otro documento que la Compañía estime conveniente.
- 3.- La Compañía de Seguros tendrá el derecho de exigir del asegurado o beneficiario toda clase de información sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.
- 4.- Las obligaciones de la Compañía de Seguros quedarán extinguidas si demuestra que el asegurado, el beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación que la Compañía de Seguros solicite.

**Definición de Cobertura:**

**"BENEFICIO DE RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD**

Si, como resultado de la lesión o el comienzo de la enfermedad, el Asegurado se viera necesariamente recluido dentro de un hospital como paciente hospitalizado mientras que este Beneficio estuviera vigente y bajo la atención continua de un Médico, la Compañía pagará el Beneficio Diario indicado en la Solicitud - Certificado de la póliza, por cada día que el Asegurado continuara estándolo, hasta un máximo de sesenta (60) días por evento, comenzando inmediatamente después del Período de Eliminación (si lo hubiere) indicado en la Solicitud - Certificado. El Asegurado deberá permanecer hospitalizado al menos por un período de veinticuatro (24) horas consecutivas."