



## RECLAMACIÓN DE RENTA POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

Presentada por: (Nombres y Apellidos Completos del Asegurado) _____	
a SEGUROS BOLÍVAR HONDURAS, S.A. (Davivienda Seguros) domiciliada en Tegucigalpa, M.D.C., Honduras en relación con la(s) Póliza(s): N° _____ Certificado N° _____ Suscrita a Nombre de: _____	
Ramo:	Individual <input type="checkbox"/> SCV <input type="checkbox"/> SCAP <input type="checkbox"/>
Monto de la Reclamación: Lps.	Total de Rentas:
1. Fecha en que comenzó a laborar:	
2. Residencia actual:	
3. Ocupación:	
4. Lugar y fecha de nacimiento:	
5. Causa de la incapacidad total y permanente:	
6. Fecha en que comenzó la enfermedad y/o accidente:	
7. Nombre de los médicos que lo han asistido:	
8. Lugar, fecha en que se le diagnosticó la incapacidad total:	
9. Si la incapacidad es accidental, dar detalles:	
10. La cobertura de RI es para : El Asegurado <input type="checkbox"/> Amortizar Deuda <input type="checkbox"/>	
11. Nombre asegurado y/o contratante que saldrá la liquidación:	

### DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Las declaraciones anteriores son verdaderas y hechas de buena fe, no obstante, autorizo a SEGUROS BOLÍVAR HONDURAS, S.A. para que por medio de su personal o apoderados, 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 incapacidad y que una vez completadas, si éstas son suficientes a su juicio, liquide en las rentas estipuladas el valor de la presente reclamación conforme a derecho.

<b>Reclamante-(Beneficiario)</b>	Dirección: _____
	Tel.: _____

**IMPORTANTE:** Las declaraciones a que se refiere este formulario debe hacerla el Asegurado incapacitado o sus beneficiarios nombrados, a quienes recomendamos tratar directamente con la Compañía de Seguros.

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

VER INSTRUCCIONES AL DORSO

(Reclamación RI)

## INSTRUCCIONES

1. Las declaraciones contenidas al frente de este formulario deber ser hechas por el Asegurado de la Póliza.
2. El Asegurado deberá acompañar a esta reclamación los documentos siguientes:
  - a) Informe de su médico tratante.
  - b) Tarjeta de identidad (copia).
  - c) Certificación de la partida de nacimiento del asegurado y en su defecto, la que legalmente pueda sustituirle (si la edad hubiese sido acreditada con anterioridad ante la Compañía de Seguros, no es necesario presentar este documento).
  - d) Estado de cuenta del préstamo (cuando deban efectuarse pagos por deuda).

LA COMPAÑÍA DE SEGUROS EFECTUARÁ EL PAGO DE LA RECLAMACIÓN CUANDO LAS PRUEBAS DE LA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE DEL ASEGURADO SE HAYAN COMPLETADO Y QUE ESTAS SEAN SUFICIENTES, A JUICIO DE ESTA.

NOTA: Si Ud. tiene dificultades para obtener algún documento de los solicitados, hágalo de nuestro conocimiento sin pérdida de tiempo, para indicarle lo que debe hacer.