



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.

Reclamante-(Beneficiario)	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.