



Asociación
de Municipios
de Honduras

DEPARTAMENTO DE ATENCION AL AGREMIADO

SERVICIO PRESTADO	DESCRIPCION DEL SERVICIO	TASAS Y DERECHOS	PROCEDIMIENTOS	REQUISITOS	FORMATOS
SEGURO MEDICO Y DE VIDA CON ASEGURADORA DAVIVIENDA (POLIZA #467)	GESTION DE TRAMITES DEL SEGURO MEDICO	SISTEMA DE REEMBOLSO DE 80% LOS GASTOS INCURRIDOS DENTRO Y FUERA DE UN HOSPITAL-CLINICA (GASTOS MEDICOS, PLAN OFTALMOLOGICO Y PLAN DENTAL)	ENTREGA DE DOCUMENTACION(GASTOS MEDICOS)	FORMULARIO DE RECLAMACION DE GASTOS MEDICOS, RECIBO DE PAGO DE CONSULTA, RECETAS PARA MEDICAMENTOS, ORDENES DE EXAMENES DE LABORATORIO, ORDENES DE RX Y OTROS, FACTURAS CON FIRMA Y SELLO DEL ESTABLECIMIENTO	FORMULARIOS Y DOCUMENTOS REQUERIDOS
		COBERTURA DE A NIVEL INTERNACIONAL			
		RIESGOS CUBIERTOS	MUERTE: 1. NATURAL 2. ACCIDENTAL 3. CALIFICADA	DNI DEL FALLECIDO, CERTIFICADO DE ACTA DE DEFUNCION ORIGINAL, DICTAMEN DEL MEDICO PRESENTE O FORENSE, DNI DE BENEFICIARIOS	



Rocío Domínguez
Departamento de Atención al Agremiado
AMHON

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		
Estado Civil	S <input type="radio"/> C <input type="radio"/>	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. Beneficios

(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.

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

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

Nombre	Sexo	Fecha de Nacimiento	Lugar de Trabajo
Conyuge:			
Hijo(a):			
Hijo(a):			
Hijo(a):			
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 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	Si	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>
¿Tiene cirugías pendientes?			Si	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>
Nombre a quien aplican:		_____				
		Fecha: _____				
Médico tratante, Hospital o Clínica: _____						
Solo para mujeres(Titular o Dependiente)	Conteste	Si		No		
Alguna enfermedad en la matriz	Alguna	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	Nombre a quien aplica: _____	
enfermedad en los ovarios	Alguna	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	Diagnóstico: _____	
enfermedad en los pechos		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	Médico tratante, Hospital o Clínica: _____	
Esta embarazada		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		
Fecha de la ultima menstruación	Día		Mes		Año	
¿Usted o alguno de sus dependientes tiene algún impedimento físico?		Conteste	Si	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>
Nombre a quien aplican:		_____				
		Fecha: _____				
Médico tratante, Hospital o Clínica: _____						
¿Usted o alguno de sus dependientes ha sufrido algún tipo de accidente?		Conteste	Si	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>
Nombre a quien aplican:		_____				
Tipo de accidente:		Secuelas: _____				
Fecha del accidente	Día		Mes		Año	
		Médico tratante, Hospital o Clínica: _____				

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: _____



Contratante:

Nombre del Paciente:

Edad: A

M

Indique con sus propias palabras la índole de la dolencia:

Nombre del médico consultado:

¿Tiene otro tipo de cobertura médica?

SI

NO

Nombre de la Compañía de Seguros:

Detalle de Gastos Ambulatorios	Valor del Gasto	
Consultas Médicas		
Rayos x		
Laboratorios		
Medicinas		
Otros		
Total de Gastos Presentados		

Certifico haber contestado sinceramente a las preguntas antes citadas y no haber ocultado nada y que los documentos presentados son auténticos, según mi leal entender. Asimismo **autorizo** a todos los médicos, centros hospitalarios y cualquier otra persona, institución o empresa que prestó algún servicio médico **para que suministre a la Compañía de Seguros** todos los informes que requiere incluyendo copias de los documentos, relevándolos de cualquier prohibición que exista sobre revelación de datos de los registros médicos.

OBSERVACIONES:

Lugar y Fecha:

Nombre del Empleado

Firma del Empleado

Firma y Sello del Contratante

RECUERDE ADJUNTAR TODOS LOS COMPROBANTES ORIGINALES DE PAGO, RECETAS, REMISIONES AL LABORATORIO Y CUALQUIER OTRO DOCUMENTO QUE CONSIDERE NECESARIO PARA AGILIZAR EL TRÁMITE.



DECLARACIÓN DEL MÉDICO
Consulta Ambulatoria

Nombre del paciente:	Edad: A		M	
Diagnóstico principal completo:				
¿Según su opinión, esta condición es causada por accidente de trabajo o enfermedad ocupacional? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
Si es afirmativo, favor explique:				
Según su conocimiento, ¿cuándo se presentó el primer síntoma de ésta condición? Día				
Mes				
Año				
¿Esta condición se debe a embarazo? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> (Si es afirmativo indique fecha última Menstruación) Día				
Mes				
Año				
Tratamientos o procedimientos realizados en clínica:				

No.de Consultas:	
Honorarios por Consultas	Total Lps.
Honorarios por Tratamiento	Total Lps.

Confirmando que he recomendado los servicios por los cuales se presenta esta reclamación.

¿Según su conocimiento, ha recibido el paciente algún otro tratamiento por esta condición o por otra relacionada con esta? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Si es afirmativo, favor indicarnos:				
Diagnóstico:				
Nombre del hospital:	Fecha: Día		Mes	Año

OBSERVACIONES:

Nombre del médico:
Lugar y Fecha:
Firma y Sello:

FORMULARIO DE GASTOS MEDICOS, PRECERTIFICACION Y SEGUNDA OPINION MEDICA

Compañía de seguros: _____ Poliza No. _____ Certificado No. _____

SECCION A. DEBE SER COMPLETADA POR EL MEDICO TRATANTE
I. Datos Generales

 1) Nombre del Paciente _____ Ocupación _____ Sexo F M
 2) Fecha de Nacimiento _____ Empresa donde Trabaja _____

II. Historial Medico / Consulta Ambulatoria (Favor llenar los incisos del 1-5)

 1) ¿Desde cuando trata usted al paciente? Día _____ Mes _____ Año _____
 2) La condición del paciente se debe a:
 Accidente de Trabajo Enfermedad Ocupacional Embarazo
 Accidente de Automovil Enfermedad Comun Fecha U. M. _____
 Otros Accidentes SIDA Día _____ Mes _____ Año _____
 3) Describa el Diagnostico Completo, las lesiones encontradas, las complicaciones y tratamientos en consultorio, si procede:

 4) ¿Fecha de inicio de la enfermedad o de ocurrencia del accidente? Día _____ Mes _____ Año _____
 5) ¿ha recibido el Paciente, anteriormente, tratamiento médico por esta condición u otra similar? Sí No
 Si es afirmativo: ¿Cuándo? _____
 Nombre del Medico _____
 Indique el Diagnostico _____
 6) Procedimiento o Cirugia a Realizar? _____
 Fecha Programada: Día _____ Mes _____ Año _____
 7) Hospital donde desea la admision: _____
 Tiempo o duracion de la estadia hospitalaria (en letras): _____ Días (Sujeto a evaluación)
 8) Honorarios por el procedimiento (incluye cuidado pre y post operatorio intrahospitalario) Lps. _____
 ¿puede ser realizada ambulatoriamente? Sí No ¿Requiere Ayudante? Sí No
 ¿Requiere Anestesiólogo? Sí No ¿Requiere Medico Adicional? Sí No
 En caso afirmativo especifique _____
 ¿Ha obtenido una segunda opinión medica? Sí No Fecha: Día _____ Mes _____ Año _____
 Nombre y Dirección del Medico que emitió la segunda Opinión: _____
 Anote los resultados de la segunda opinión y adjúntela: _____
 Observaciones _____
 Lugar y Fecha: _____, Día _____ Mes _____ Año _____
 Nombre del Médico _____ Especialidad _____ Firma y Sello Médico _____ Teléfono _____

Certifico que la información declarada es verdadera a mi leal saber y entender.
SECCION: AUTORIZACION (Exclusivo para La Compañía de Seguros)

 APROBADA Sí No Días de hospitalización si no hay recuperación previa (en letras) _____ días.
 Honorarios Médicos Reconocidos: _____ Código (s): _____
 Observaciones: El Asegurado pagará el 20% de los gastos elegibles más el Deducible de Lps. _____ y
 el 100% de los gastos no elegibles _____
 Autorizado por: _____ Lugar y Fecha: _____, Día _____ Mes _____ Año _____

III. Información Complementaria

- 1) ¿Extendió al Paciente Incapacidad Laboral? Sí No Cuántos días? _____ a partir de _____
En caso afirmativo ¿Por qué? _____
- 2) Ha quedado el Paciente con algún impedimento físico? Sí No
En caso afirmativo, explique: _____
- 3) Continúa el paciente a su cuidado por esta condición? Sí No
En caso afirmativo, ¿cuándo terminará? _____
- 4) Observaciones: _____

Confirmo que he verificado la información y los cargos efectuados. Asimismo, autorizo a todos los Médicos, Centros Hospitalarios y cualquier persona, institución o empresa que prestó algún servicio médico, para que suministre a La Compañía de Seguros todos los informes que requiera incluyendo copias exactas de los documentos y/o ficha médica.

Firma del Asegurado o representante legal

Confirmo que la información es verídica a mi leal saber y entender; y también confirmo que he prestado los servicios médicos por los cuales se presenta esta reclamación

Firma y Sello del Médico Tratante

SECCION B: DEBE SER COMPLETADA POR EL HOSPITAL EN CASO DE HOSPITALIZACION y/o EMERGENCIA; Y POR EL ASEGURADO Y AUTORIZADA POR EL CONTRATANTE EN CASO DE CONSULTA EXTERNA

Compañía de seguros: _____ Poliza No. _____ Certificado No. _____

- 1) La condición del paciente se debe a:
- | | | | | | |
|------------------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|----------|--------------------------|
| Accidente de Trabajo | <input type="checkbox"/> | Enfermedad Ocupacional | <input type="checkbox"/> | Embarazo | <input type="checkbox"/> |
| Accidente de Automovil | <input type="checkbox"/> | Enfermedad Comun | <input type="checkbox"/> | Fecha | ____/____/____ |
| Otros Accidentes | <input type="checkbox"/> | SIDA | <input type="checkbox"/> | U. M. | Dia Mes Año |

- 2) Describa el Diagnostico Completo, las lesiones encontradas, las complicaciones y tratamientos en consultorio, si procede:
- _____

Tipo de Seguro: Médico Hospitalario Accidentes Personales Automóviles
Nombre del Asegurado Titular: _____
Tarjeta de Identidad #: _____
Empresa Contratante: _____
Nombre del Hospital o Clínica: _____

Firma y Sello del Hospital

Firma y Sello del Contratante

LA0501



DAVIVIENDA
Seguros

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN
Gastos Dentales

Para evitar demoras innecesarias en el proceso de su reclamo, conteste cada una de las preguntas descritas en este formulario.

Por este medio solicito los beneficios pagaderos por gastos dentales incurridos por: Mi persona <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/>									
1. Nombre del Paciente:					2. Edad		3. Ident. No.:		
4. Fecha de Nacimiento:		día	mes	año	5. Sexo F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>				
6. ¿Fue causada la dolencia por un accidente? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					En caso afirmativo indique: ¿Dónde ocurrió?				
¿Cuándo ocurrió?		día	mes	año					
¿Cómo ocurrió?									
7. Nombre y dirección de su cirujano dentista actual y de otros que lo han asistido:									
Nombre				Dirección				Teléfono	
Actual:									
Otro:									
Otro:									
8. Indique si tiene otro tipo de cobertura Médica y Dental: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Nombre de la Compañía de Seguros:									

Certifico haber contestado sinceramente las preguntas anteriores, no haber ocultado nada y que los documentos presentados son auténticos. Asimismo, autorizo a todos los doctores, dentistas, centros hospitalarios y cualquier otra persona, institución o empresa que me prestó algún servicio médico, para que suministre a La Compañía de Seguros todos los informes que esta requiera incluyendo copias de los documentos, radiografías; relevándolos de cualquier prohibición que exista sobre la revelación de datos de los registros médicos respecto a mi persona o a mi cónyuge o hijos.

Lugar y fecha:	Firma del empleado:
Nombre del empleado:	

NO OLVIDE ADJUNTAR LAS CUENTAS DETALLADAS

ESTA SECCION DEBE SER COMPLETADA POR EL CONTRATANTE.

Nombre del Contratante (favor escribir a máquina o letra de molde):									
No.Póliza:		No. Certificado:		Fecha efectiva del seguro del empleado:		día	mes	año	
Observaciones:									
Lugar y fecha:					Firma y sello del Contratante:				



Reclamación de Indemnización Seguro de Vida

Monto de la Reclamación: Lps.

I. Información del Reclamante/Beneficiario

Presentada por: (Nombre del Reclamante) _____							
a SEGUROS BOLÍVAR HONDURAS, S.A. (Davivienda Seguros) domiciliada en Tegucigalpa, M.D.C., Honduras en relación con la(s) Póliza(s) _____							
emitida(s) el _____		Teléfono: _____					
Número de Identificación: _____		Fecha de Nacimiento: <table border="1"><tr><td>Día</td><td>Mes</td><td>Año</td></tr></table>			Día	Mes	Año
Día	Mes	Año					
Dirección: _____		Ciudad _____	Departamento _____				
Actividad Económica: _____		Nacionalidad: _____					
¿Con qué carácter reclama Ud. el pago de la Póliza?: Beneficiario <input type="radio"/> Apoderado Legal <input type="radio"/>							

II. Información del Asegurado

Nombres y apellidos completos del Asegurado: _____							
Dirección: _____		Ciudad _____	Departamento _____				
Lugar de nacimiento: _____		Fecha de Nacimiento: <table border="1"><tr><td>Día</td><td>Mes</td><td>Año</td></tr></table>			Día	Mes	Año
Día	Mes	Año					
Ocupación cuando falleció: _____		Fecha en que comenzó la enfermedad: <table border="1"><tr><td>Día</td><td>Mes</td><td>Año</td></tr></table>			Día	Mes	Año
Día	Mes	Año					
Nombre de los médicos que lo asistieron: _____							
Institución hospitalaria donde recibió asistencia médica final el Asegurado: _____							
Nombre de la autoridad que hizo el levantamiento del fallecido: _____							
Lugar del fallecimiento: _____							
Hora del fallecimiento: Hr _____ Mn _____ Sg _____ AM <input type="radio"/> PM <input type="radio"/>		Fecha del Fallecimiento: <table border="1"><tr><td>Día</td><td>Mes</td><td>Año</td></tr></table>			Día	Mes	Año
Día	Mes	Año					
Causa de la muerte: _____							
Detalle las circunstancias de la muerte del Asegurado: _____							
Beneficiarios del seguro: _____							

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Las declaraciones anteriores son verdaderas y hechas de buena fe, no obstante, autorizamos 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 realice las confirmaciones procedentes e investigaciones relativas a las circunstancias de la muerte del Asegurado y que una vez completadas las pruebas pertinentes y si éstas son suficientes a su juicio, liquide el valor de la presente reclamación conforme a derecho.

Firma del Reclamante-Beneficiario

IMPORTANTE: Las declaraciones a que se refiere este formulario deben hacerlas los beneficiarios nombrados en la Póliza o sus representantes legales, a quienes recomendamos tratar directamente con la Compañía de Seguros.

Lugar y fecha: _____