

DECLARACIÓN POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE

1 Este formulario deberá ser completado y firmado por el asegurado. A quien se les recomienda trate directamente con Seguros LAFISE Honduras S.A., todo lo relativo a este pago, no siendo necesario que incurra en gastos y demoras que ocasionan por terceros.

2 El servicio que le proporcionen en el trámite del siniestro, no causa honorarios por ningún concepto, por lo que no deberá efectuar ningún pago a representantes de "Seguros LAFISE Honduras S.A."

Nombres completos del asegurado: (como aparece en la identidad)	
Póliza N°:	
Dirección Exacta del Asegurado:	
Teléfono Fijo: _____ Teléfono celular: _____	
Lugar de Nacimiento:	
Fecha de Nacimiento:	
Identidad N°.	N° de Seguro Social:
Causa de la Incapacidad:	
<input type="checkbox"/> Enfermedad	<input type="checkbox"/> Accidente
Si la causa de la incapacidad es por enfermedad de el o los diagnósticos y la fecha en que comenzaron las enfermedades:	
Si la causa de la incapacidad es por accidente describa como ocurrió, lugar y fecha del accidente:	

Datos de los Médicos que lo atienden:					
Nombre completo de los Médicos	Hospital o Centro Asistencial.	Dirección	Teléfono	Fecha de última consulta	Diagnostico

Autorizo a médicos y hospitales donde he sido atendido para que otorgue a "Seguros LAFISE, SA." Todos los informes que se refieran a mi salud, inclusive todos los datos de padecimientos anteriores. Para tal efecto, en este caso relevo a las instituciones o personas involucradas del secreto profesional y hago constar que una copia fotostática de esta autorización tiene el mismo valor que el original.

Así mismo certifico que las respuestas que anteceden son verídicas y cabales, según mi leal saber y entender, en caso de comprobarse falsa declaración, el asegurado o Beneficiario(s) queda(n) privado(s) de todo derecho a indemnización.

Lugar y Fecha: _____

FIRMA y HUELLA DEL ASEGURADO

Documentos a adjuntar:

- Formulario de reclamación y notificación del contratante reportando el reclamo.
- Tarjeta de identidad del asegurado.
- a) Dictamen de la comisión Técnica de Invalidez para asegurados del IHSS.
b) Certificación médica sellada y firmada, por un médico particular o de un Hospital Público, en caso de no estar afiliado al IHSS.
- Evaluación médica por el médico o clínica que Seguros Lafise, S.A., designe, en caso de ser necesario.
- Adjuntar Radiografías con sus Informes Radiológicos, resultados de exámenes y Copia del expediente médico o resumen médico en caso que la Compañía lo solicite.