



Solicito mi inclusión como Asegurado a la Póliza de Seguro Davida Protección Cáncer Grupo suscrita por Davivienda con los amparos y valores asegurados descritos a continuación:

Póliza	Ramo:	Fecha:	Hora:	15:05:33
Empleado:		C. Costo:	Gerente:	
Cliente:		Ocupación:	Plan:	
Vig. Desde:	Vig. Hasta:	Forma de Pago:	Cuota:	
Cuenta		Fecha de Emisión:	Categoría:	

**Datos del Asegurado:**

Asegurado:	Identidad:	Sexo:
Dirección:	Estado Civil:	Edad:
	F/Nacimiento:	
Ciudad:	Teléfono:	Fax:

**Coberturas**

**Coberturas y Valores Asegurados (Planes en HNL)**

	L. Plan 1 <input checked="" type="checkbox"/>	L. Plan 2 <input type="checkbox"/>	L. Plan 3 <input checked="" type="checkbox"/>
Beneficio Básico por Primer Diagnostico de Cáncer			
Beneficio Adicional por Gastos Funerarios			
3. Servicios de Asistencia Psicológica			

**Coberturas y Valores Asegurados (Planes en HNL)**

	L. Plan 4 <input type="checkbox"/>
Beneficio Básico por Primer Diagnostico de Cáncer	
Beneficio Adicional por Gastos Funerarios	
Servicios de Asistencia Psicológica	

Debito a la cuenta: \_\_\_\_\_ Por: \_\_\_\_\_ En concepto de pago de prima Mensual

**Declaración de Beneficiarios**

Nombres y Apellidos	Participación	Parentesco

**Cuestionario Médico:**

1.-¿Usted ha padecido o padece, ha sido diagnosticado, ha tenido resultados positivos o ha recibido tratamientos por Cáncer, Tumores o Quistes u otro tipo de enfermedades oncológicas?	<input type="checkbox"/> SI	2.-¿En su familia algún familiar biológico hasta 2da. generación (padres, abuelos, hermanos) ha padecido falleció de Cáncer o a consecuencia de un Tumor maligno antes de los 45 años?	<input type="checkbox"/> SI
	<input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> NO

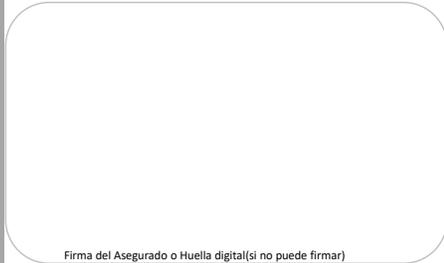
**Autorización del Asegurado**

Asimismo, por este medio AUTORIZO para que de acuerdo con el valor indicado anteriormente, se haga cargo a mi cuenta de ahorro, tarjeta de crédito o cuenta de cheques de la suma que haya lugar, según la periodicidad seleccionada de acuerdo a mi edad, el plan escogido y la tabla de primas. 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 Davivienda Seguros, la información que esta requiera en relación con el seguro de vida que solicito, relevándolos de cualquier prohibición legal que exista sobre revelación de los 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 la original.

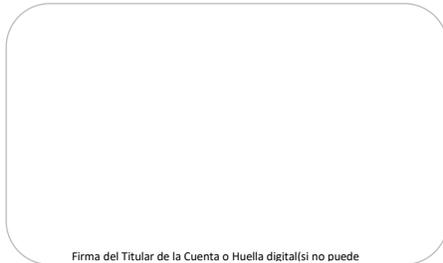
**Declaración del Asegurado:**

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. Que no ejerzo actividades peligrosas, ni fuera de la ley. Davivienda Seguros, se reserva todos los derechos que le puedas asistir en caso de que antes o después de mi fallecimiento se compruebe que esta declaración no corresponde a mi verdadero estado de salud en el momento de aceptarse el seguro, así mismo estoy recibiendo de la Compañía de Seguros las condiciones generales de la póliza.

Lugar y Fecha:



Firma del Asegurado o Huella digital(si no puede firmar)



Firma del Titular de la Cuenta o Huella digital(si no puede



Firma y Sello del Contratante

**Certificación :**

1. El Contratante certifica que tiene contratada con Davivienda Seguros, un póliza de Seguros de Vida de grupo con las Condiciones Generales adjuntas con cobertura de Protección Cáncer, Gastos Fúnebres y Servicios de Asistencia Psicológica.
2. Que Davivienda Seguros, ha aceptado la inclusión en ella de la persona a quien como Asegurado se expide esta Solicitud-Certificado. Los amparos entrarán en vigencia a las 12:00 horas del día siguiente a la fecha de expedición de este documento, con término de un año a partir de esa fecha y con renovación automática por el solo hecho del pago de la prima.
3. Que Davivienda Seguros, al recibo de la presente Solicitud-Certificado acompañado de las pruebas fehacientes del Primer Diagnóstico de Cáncer o la muerte, ocurridos durante la vigencia del seguro, pagará al Asegurado o a los beneficiarios designados, el valor o proporción del seguro como se describe en las Condiciones Generales.

Esta póliza cancela y reemplaza automáticamente una anterior tomada por el mismo Asegurado.

El NO PAGO de la prima o de sus fracciones dentro del mes siguiente a la fecha de cada vencimiento produce la terminación de este contrato de Seguros.

Texto Registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros, según Resolución Registro POL GPU No.93/28-09-2020.

Respaldado por Davivienda Seguros