

# SEGURO DAVIDA PROTECCIÓN CÁNCER

## SOLICITUD DE SEGURO

**Expediente No**

 Marcar con ☒ la opción escogida

**I. Datos Generales del Asegurado**

 Persona Natural ☐

 Comerciante Individual ☐

|                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                          |                                     |                                  |                                                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| Primer Nombre                                                                                                                                                                               | Segundo Nombre                                                                                                                                                                           | Primer Apellido                     | Segundo Apellido                 | RTN                                                                |
| D.N.I. <input type="radio"/> Partida de nacimiento (menor 1-17 años) <input type="radio"/> Pasaporte <input type="radio"/> Carnet de Residente <input type="radio"/> No. De Identificación: |                                                                                                                                                                                          |                                     |                                  |                                                                    |
| Lugar de Nacimiento                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                          | Fecha de Nacimiento                 | Edad                             | Nacionalidad                                                       |
| Ciudad                                                                                                                                                                                      | País                                                                                                                                                                                     | D M A                               |                                  | F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>                    |
| Estado Civil                                                                                                                                                                                | Soltero <input type="radio"/> Casado <input type="radio"/> Separado <input type="radio"/> Viudo <input type="radio"/> Divorciado <input type="radio"/> Unión Libre <input type="radio"/> |                                     |                                  |                                                                    |
| Nombre del Cónyuge                                                                                                                                                                          | Primer Nombre                                                                                                                                                                            | Segundo Nombre                      | Primer Apellido                  | Segundo Apellido                                                   |
| Ocupación Actual (menor de edad)                                                                                                                                                            | Asalariado <input type="radio"/>                                                                                                                                                         | Independiente <input type="radio"/> | Pensionado <input type="radio"/> | Ama de casa <input type="radio"/> Estudiante <input type="radio"/> |
| Profesión u oficio                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                          | Actividad económica                 |                                  | Actividad comercial                                                |
| Nombre de la empresa donde labora                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                          | Posición/cargo que desempeña        |                                  | Antigüedad laboral                                                 |
| ¿Posee negocio propio? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                          |                                     |                                  |                                                                    |
| Nombre del Negocio:                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                          |                                     |                                  |                                                                    |
| Giro/Actividad del Negocio                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                          |                                     | URMOPRELAFT                      |                                                                    |
| ¿Ha desempeñado un cargo público en los últimos cuatro (4) años? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>                                                                          |                                                                                                                                                                                          |                                     |                                  |                                                                    |
| Nombre de la Institución                                                                                                                                                                    | Nombre del cargo desempeñado                                                                                                                                                             | Desde                               | Hasta                            | Total Tiempo Laborado                                              |
| Si su ocupación actual es Ama de casa o Estudiante (menor de edad) complete lo siguiente:                                                                                                   |                                                                                                                                                                                          |                                     |                                  |                                                                    |
| Nombre completo de la persona de quien depende económicamente:                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                          |                                     |                                  |                                                                    |
| Tipo de Identificación: DNI                                                                                                                                                                 | No. De Identificación                                                                                                                                                                    | Relación Afinidad                   | Actividad económica              |                                                                    |

**Dirección Completa de Residencia**

 Cobro ☒

 Notificaciones ☒

|                                                          |                    |              |                        |              |         |
|----------------------------------------------------------|--------------------|--------------|------------------------|--------------|---------|
| Residencial/barrio/colonia, bloque, avenida, calle, casa |                    |              |                        |              |         |
| Punto de referencia                                      |                    | Departamento |                        | Municipio    |         |
| País de Residencia                                       | Correo electrónico | Cód. de Área | Teléfono de residencia | Cód. de Área | Celular |

**Dirección Completa de Trabajo**

 Cobro ☐

 Notificaciones ☐

|                                                          |                    |              |          |              |     |
|----------------------------------------------------------|--------------------|--------------|----------|--------------|-----|
| Residencial/barrio/colonia, bloque, avenida, calle, casa |                    |              |          |              |     |
| Punto de referencia                                      |                    | Departamento |          | Municipio    |     |
| País                                                     | Correo electrónico | Cód. de Área | Teléfono | Cód. de Área | Fax |

Por favor seleccione en cuál dirección desea que se le realicen los cobros y notificaciones de la póliza de seguro.

| II. Datos Generales del Contratante                                                                                |                                                            |                                 |                                                            |                        | Persona Natural <input type="radio"/> |  | Comerciante Individual <input type="radio"/>                       |                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------|---------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| Primer Nombre                                                                                                      | Segundo Nombre                                             | Primer Apellido                 | Segundo Apellido                                           |                        | RTN                                   |  |                                                                    |                         |
| D.N.I. <input type="radio"/>                                                                                       |                                                            | Pasaporte <input type="radio"/> | Carnet de Residente <input type="radio"/>                  | No. De Identificación: |                                       |  |                                                                    |                         |
| Lugar de Nacimiento                                                                                                |                                                            | Fecha de Nacimiento             | Edad                                                       | Nacionalidad           | Genero                                |  |                                                                    |                         |
| Ciudad                                                                                                             | País                                                       | D                               | M                                                          | A                      |                                       |  | F <input type="radio"/>                                            | M <input type="radio"/> |
| Estado Civil                                                                                                       | Soltero <input type="radio"/> Casado <input type="radio"/> |                                 | Separado <input type="radio"/> Viudo <input type="radio"/> |                        | Divorciado <input type="radio"/>      |  | Unión Libre <input type="radio"/>                                  |                         |
| Nombre del Cónyuge                                                                                                 | Primer Nombre                                              | Segundo Nombre                  | Primer Apellido                                            |                        | Segundo Apellido                      |  |                                                                    |                         |
| Ocupación Actual                                                                                                   | Asalariado <input type="radio"/>                           |                                 | Independiente <input type="radio"/>                        |                        | Pensionado <input type="radio"/>      |  | Ama de casa <input type="radio"/> Estudiante <input type="radio"/> |                         |
| Profesión u oficio                                                                                                 |                                                            | Actividad económica             |                                                            |                        | Actividad comercial                   |  |                                                                    |                         |
|                                                                                                                    |                                                            |                                 |                                                            |                        |                                       |  |                                                                    |                         |
| Nombre de la empresa donde labora                                                                                  |                                                            | Posición/cargo que desempeña    |                                                            |                        | Antigüedad laboral                    |  |                                                                    |                         |
|                                                                                                                    |                                                            |                                 |                                                            |                        |                                       |  |                                                                    |                         |
| ¿Posee negocio propio? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>                                           |                                                            |                                 |                                                            |                        |                                       |  |                                                                    |                         |
| Nombre del Negocio:                                                                                                |                                                            |                                 |                                                            |                        |                                       |  |                                                                    |                         |
| Giro/Actividad del Negocio                                                                                         |                                                            |                                 |                                                            |                        | URMOPRELAFT                           |  |                                                                    |                         |
| ¿Ha desempeñado un cargo público en los últimos cuatro (4) años? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> |                                                            |                                 |                                                            |                        |                                       |  |                                                                    |                         |
| Nombre de la Institución                                                                                           | Nombre del cargo desempeñado                               |                                 | Desde                                                      | Hasta                  | Total Tiempo Laborado                 |  |                                                                    |                         |
|                                                                                                                    |                                                            |                                 |                                                            |                        |                                       |  |                                                                    |                         |
|                                                                                                                    |                                                            |                                 |                                                            |                        |                                       |  |                                                                    |                         |
| Si su ocupación actual es Ama de casa o Estudiante complete lo siguiente:                                          |                                                            |                                 |                                                            |                        |                                       |  |                                                                    |                         |
| Nombre completo de la persona de quien depende económicamente:                                                     |                                                            |                                 |                                                            |                        |                                       |  |                                                                    |                         |
| Tipo de Identificación: DNI                                                                                        | No. De Identificación                                      |                                 | Relación Afinidad                                          |                        | Actividad económica                   |  |                                                                    |                         |

#### Dirección Completa de Residencia

Cobro ☐

Notificaciones ☐

|                                                          |                    |              |                        |              |         |
|----------------------------------------------------------|--------------------|--------------|------------------------|--------------|---------|
| Residencial/barrio/colonia, bloque, avenida, calle, casa |                    |              |                        |              |         |
| Punto de referencia                                      |                    | Departamento |                        | Municipio    |         |
| País de Residencia                                       | Correo electrónico | Cód. de Área | Teléfono de residencia | Cód. de Área | Celular |

#### Dirección Completa de Trabajo

Cobro ☐

Notificaciones ☐

|                                                          |                    |              |                        |              |         |
|----------------------------------------------------------|--------------------|--------------|------------------------|--------------|---------|
| Residencial/barrio/colonia, bloque, avenida, calle, casa |                    |              |                        |              |         |
| Punto de referencia                                      |                    | Departamento |                        | Municipio    |         |
| País                                                     | Correo electrónico | Cód. de Área | Teléfono de residencia | Cód. de Área | Celular |

Por favor seleccione en cuál dirección desea que se le realicen los cobros y notificaciones de la póliza de seguro.



**Información Financiera del Asegurado o del Contratante**

| Montos declarados                  | Ingresos              | Egresos               |
|------------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| De 0 a 3 Salarios Mínimos          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| De 4 a 6 Salarios Mínimos          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| De 7 a 10 Salarios Mínimos         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| De 11 a 20 Salarios Mínimos        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| De 21 a 50 Salarios Mínimos        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| De 51 Salarios Mínimos en adelante | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| Montos declarados |                  | Activos               |
|-------------------|------------------|-----------------------|
| -                 | L 1,000,000.00   | <input type="radio"/> |
| L 1,000,001.00    | L 3,000,000.00   | <input type="radio"/> |
| L 3,000,001.00    | L 5,000,000.00   | <input type="radio"/> |
| L 5,000,001.00    | L 7,500,000.00   | <input type="radio"/> |
| L 7,500,001.00    | L 10,000,000.00  | <input type="radio"/> |
| L 10,000,001.00   | L 999,999,999.00 | <input type="radio"/> |

| Montos declarados |                  | Pasivos               |
|-------------------|------------------|-----------------------|
| -                 | L 500,000.00     | <input type="radio"/> |
| L 500,001.00      | L 1,000,000.00   | <input type="radio"/> |
| L 1,000,001.00    | L 3,000,000.00   | <input type="radio"/> |
| L 3,000,001.00    | L 5,000,000.00   | <input type="radio"/> |
| L 5,000,001.00    | L 7,500,000.00   | <input type="radio"/> |
| L 7,500,001.00    | L 10,000,000.00  | <input type="radio"/> |
| L 10,000,001.00   | L 999,999,999.00 | <input type="radio"/> |

Detalle el origen de los recursos:

Ingreso total anual L.

|                                                        |                                    |                          |                          |                                              |                             |                            |                            |
|--------------------------------------------------------|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| ¿Recibe otros ingresos adicionales al de su actividad? |                                    | Si <input type="radio"/> | No <input type="radio"/> | ¿Realiza transacciones en moneda extranjera? |                             | Si <input type="radio"/>   | No <input type="radio"/>   |
| Fuente                                                 | Valor mensual<br>Monto en Lempiras |                          |                          | Tipo de Moneda:                              | Dólar <input type="radio"/> | Euro <input type="radio"/> | Otra <input type="radio"/> |
| ¿Posee Productos en Banco Davivienda?                  |                                    | Si <input type="radio"/> | No <input type="radio"/> | Tipo de Producto(s):                         |                             |                            |                            |

### III. Programa de coberturas

| Coberturas y Valores Asegurados                      | PLAN 1 <input type="radio"/> | PLAN 2 <input type="radio"/> | PLAN 3 <input type="radio"/> | PLAN 4 <input type="radio"/> | PLAN 5 <input type="radio"/> |
|------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 1. Beneficio Básico por Primer Diagnóstico de Cáncer | L 200,000.00                 | L 350,000.00                 | L 500,000.00                 | L 750,000.00                 | L 1,000,000.00               |
| 2. Beneficio Adicional por Gastos Funerarios         | L 20,000.00                  | L 35,000.00                  | L 50,000.00                  | L 75,000.00                  | L 100,000.00                 |
| 3. Servicio de Asistencia Psicológica                | Amparada                     | Amparada                     | Amparada                     | Amparada                     | Amparada                     |

FRECUENCIA DE PAGO      Anual ☐    Mensual ☐    PRIMA DE ACUERDO A FRECUENCIA DE PAGO    L. \_\_\_\_\_

#### IV. Forma de Pago

|                  |                       |                                 |                       |                           |                       |
|------------------|-----------------------|---------------------------------|-----------------------|---------------------------|-----------------------|
| Ventanilla       | <input type="radio"/> | Descuento por Nómina o Planilla | <input type="radio"/> | Tarjeta de Crédito/debito | <input type="radio"/> |
| Cuenta de Ahorro | <input type="radio"/> | Cuenta de Cheques               | <input type="radio"/> | Extra financiamiento      | <input type="radio"/> |

\* Si su pago es a través de extra financiamiento no debe completar la información de Datos de la Tarjeta

### V. Datos de la tarjeta

|                                                                                                           |  |         |  |        |  |      |  |             |         |                  |     |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------|--|--------|--|------|--|-------------|---------|------------------|-----|-----|
| No. De Tarjeta:                                                                                           |  |         |  |        |  |      |  |             |         |                  |     |     |
| Tipo de Tarjeta                                                                                           |  | Crédito |  | Débito |  | Visa |  | Master Card |         | American Express |     |     |
| Vencimiento de la Tarjeta:                                                                                |  | Mes     |  | Año    |  |      |  |             |         |                  |     |     |
| Banco emisor de la Tarjeta:                                                                               |  |         |  |        |  |      |  |             | Moneda: |                  | LPS | USD |
| Titular de la Tarjeta:                                                                                    |  |         |  |        |  |      |  |             |         |                  |     |     |
| * Sí su tarjeta es de débito, favor detalle información de su cuenta bancaria en las siguientes casillas. |  |         |  |        |  |      |  |             |         |                  |     |     |

### Datos de la cuenta Bancaria

|                                         |  |                                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                             |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------------------------|--|------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| * No. De Cuenta Bancaria en Davivienda: |  |                                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                             |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Tipo de Cuenta:                         |  | Ahorro <input type="radio"/> Cheques <input type="radio"/> |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Moneda: LPS <input type="radio"/> USD <input type="radio"/> |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Titular de la Cuenta:                   |  |                                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                                             |  |  |  |  |  |  |  |  |

**VI. Beneficiarios:** El Asegurado debe designar beneficiarios en forma clara y precisa, para evitar cualquier incertidumbre sobre el particular.  
La designación de beneficiarios atribuye a la persona, en cuyo favor se hace, un derecho propio al crédito derivado del seguro.

**Beneficiarios Principales**

| Nombre | No. D.N.I | Dirección | Parentesco con el Solicitante | % | Fecha de Nacimiento |   |   | Expediente No. Uso Oficina |
|--------|-----------|-----------|-------------------------------|---|---------------------|---|---|----------------------------|
|        |           |           |                               |   | D                   | M | A |                            |
|        |           |           |                               |   |                     |   |   |                            |
|        |           |           |                               |   |                     |   |   |                            |
|        |           |           |                               |   |                     |   |   |                            |
|        |           |           |                               |   |                     |   |   |                            |

**Beneficiarios Contingentes**

| Nombre | No. D.N.I | Dirección | Parentesco con el Solicitante | % | Fecha de Nacimiento |   |   | Expediente No. Uso Oficina |
|--------|-----------|-----------|-------------------------------|---|---------------------|---|---|----------------------------|
|        |           |           |                               |   | D                   | M | A |                            |
|        |           |           |                               |   |                     |   |   |                            |
|        |           |           |                               |   |                     |   |   |                            |
|        |           |           |                               |   |                     |   |   |                            |
|        |           |           |                               |   |                     |   |   |                            |

**VII. Cuestionario Médico**

¿Ha padecido o padece, le han diagnosticado o ha tenido resultados positivos de cáncer, tumores o quistes malignos o cualquier otra enfermedad oncológica (por ejemplo, leucemia, linfoma, etc.)?

Si ☐ No ☐

¿Le han recomendado someterse a un examen médico, laboratorios, biopsias o cualquier otro tipo de prueba para descubrir o investigar un posible tumor, leucemia o cualquier otra manifestación sugestiva de cáncer?

Si ☐ No ☐

**Autorizaciones**

**IMPORTANTE PARA EL CONTRATANTE Y/O EL SOLICITANTE (DEBE LEERLO ANTES DE FIRMAR):**

De acuerdo al Código de Comercio de la República de Honduras, las declaraciones inexactas y las reticencias del contratante, relativas a circunstancias tales que el asegurador no habría dado su consentimiento o no lo habría dado en las mismas condiciones si hubiese conocido el verdadero estado de las cosas, serán causas de anulación del contrato, cuando el contratante haya obrado con dolo o con culpa grave.  
En consecuencia, la declaración inexacta o falsa de un hecho importante que se le pregunte, podría originar la pérdida de los derechos del asegurado o de los beneficiarios en su caso.

**Declaración de Origen de Fondos y Autorización para consulta y reporte a las Centrales de Riesgo**

Declaro que tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro de los marcos legales y los recursos que poseo no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Hondureño. La información que he suministrado en este documento es veraz y verificable. Acepto el hecho que, de demostrarse falso testimonio en la información aquí presentada, la Compañía de Seguros está facultada a dar por terminado el contrato de seguro según se indica en el artículo 1141 del Código de Comercio, sin que esto implique responsabilidad alguna de la Compañía Aseguradora frente al asegurado. Asimismo, autorizo a esta Compañía de Seguros a reportar, procesar, solicitar y consultar la información necesaria sobre mi comportamiento crediticio en las Centrales de Riesgo y mis operaciones reportadas en la Central de Información del Sistema Asegurador.

Autorizo a los Médicos, Hospitales o Instituciones que me hayan examinado o asistido para diagnóstico o tratamiento de cualquier enfermedad, para que proporcionen a SEGUROS BOLÍVAR HONDURAS, S.A. (DAVIVIENDA SEGUROS) todos los informes concernientes a mi estado de salud anterior y actual; y hago constar que una copia fotostática de esta autorización tiene el mismo valor que la original. Esta información puede ser requerida al momento de presentar mi solicitud de seguro, en caso de fallecimiento o en cualquier momento en que la Compañía de Seguros lo considere oportuno.

**Declaración del cliente:**

Declaro que he sido informado sobre los costos, derechos y obligaciones que involucran tanto la suscripción de un contrato de seguros como la indemnización del reclamo; que he recibido indicaciones para la buena administración y manejo de los mismos, así como las posibles consecuencias por su mal uso. De igual forma que se me ha brindado la debida asesoría con toda la información vinculada al producto de Seguros Ofertado, como ser las coberturas necesarias sobre la protección adecuada de riesgos, la facultad y derecho que tengo a designar o revocar a un intermediario de Seguros.

**Autorización entrega de documentos a Intermediarios o Corredores de Seguros:**

Por este medio autorizo a la Compañía de Seguros para que toda documentación incluyendo póliza y clausulados, endosos de modificación, endoso de beneficiario, renovación, endoso de cancelación y notificaciones relacionadas al seguro que mediante esta solicitud estoy contratando; sea entregado al Intermediario o Corredor de Seguros que maneja mi póliza, quien posteriormente me hará entrega de la misma.

El contratante hace constar que conoce y acepta las condiciones Generales y Particulares de la póliza  
Las Condiciones Generales y Particulares de esta póliza se encuentran disponibles para su revisión en la página [www.davivienda.com.hn](http://www.davivienda.com.hn):

Lugar:  
Fecha:

Firma del Solicitante:

Firma del Contratante:

S-SV-DPC-04-25

#### Información del Agente/Asesor de Seguros

Para ser completado por el funcionario, intermediario o asesor que realizó la entrevista

| Nombre del Responsable de la Entrevista                                                                                                        |                                        | Número de Agente               |                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| Sucursal:                                                                                                                                      |                                        |                                |                                |
| ¿Desde cuando conoce personalmente al solicitante?                                                                                             |                                        |                                |                                |
| ¿Le consta que el cliente completó y firmó la solicitud?                                                                                       |                                        | Si <input type="radio"/>       | No <input type="radio"/>       |
| ¿Conoce usted, algún riesgo especial en la ocupación, o giro del solicitante?                                                                  |                                        | Si <input type="radio"/>       | No <input type="radio"/>       |
| Especifique:                                                                                                                                   |                                        |                                |                                |
| Informo que mi relación con el potencial cliente es de tipo:                                                                                   |                                        | Familiar <input type="radio"/> | Personal <input type="radio"/> |
|                                                                                                                                                |                                        | Referido <input type="radio"/> | Ninguna <input type="radio"/>  |
| ¿Considera que el valor de los bienes objeto de seguro guardan relación con la actividad del cliente y su capacidad económica?                 |                                        | Si <input type="radio"/>       | No <input type="radio"/>       |
| ¿Con fundamento en la respuestas obtenidas, resultado de la entrevista y demás verificaciones, recomienda al cliente para solicitar el seguro? |                                        | Si <input type="radio"/>       | No <input type="radio"/>       |
| Dejo evidencia y declaro haber realizado la entrevista presencial con el cliente y revisado la completación del presente formulario            |                                        |                                |                                |
| Ciudad:                                                                                                                                        | Firma del responsable de la entrevista |                                |                                |
| Departamento:                                                                                                                                  |                                        |                                |                                |
| Fecha:                                                                                                                                         |                                        |                                |                                |

Guardar