

SEGURO COLECTIVO AHORROFLEX

Formato de Consentimiento del Asegurado

Expediente No

Marcas con ☒ la opción escogida

Nombre del Contratante o Patrono:		
PÓLIZA No.	CERTIFICADO	VIGENCIA

I. Datos Generales

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido de Casada
Sexo: M ☐ F ☐	Peso:	Estatura:	Lugar y fecha de nacimiento:	Día Mes Año
Estado Civil: S ☐ C ☐	Tipo de documento: CNI	No. Documento:	Edad	
Es Zurdos: Si ☐ No ☐	Nacionalidad:	Barrio o Colonia:	Avenida:	
Calle:	Bloque:	No. Casa:	Ciudad:	Departamento:
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 ☐ No ☐	Email:		

DATOS DEL CONYUGE

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido de Casada
Sexo: M ☐ F ☐	Lugar y fecha de nacimiento:			Día Mes Año
Estado Civil: S ☐ C ☐	Tipo de documento: CNI	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)

Descripción		Suma Propuesta
Básica por Fallecimiento		L.
Alternativa de Indemnización por Muerte		
a. 25 veces el salario nominal mensual		
b. 250 veces el aporte periódico mensual	A ☐ B ☐	
Coberturas Adicionales		
Doble Indemnización por Muerte y Pérdidas Orgánicas (DIMAP)		Si ☐ No ☐
Exención del Costo del Seguro por Invalidez Total y Permanente (ESCIT)		Si ☐ No ☐
Renta Mensual por Invalidez Total y Permanente (REMI)		Si ☐ No ☐
(Renta Máxima Mensual= 2% S.A. Básica por Fallecimiento)		

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: