

SEGURO FLEXIAHORRO

SOLICITUD DE COBERTURA ADICIONAL

“ENDOSO DE PROTECCIÓN AL CÓNYUGE (EPCO)”



Expediente No

Nombre del Asegurado Principal:

I. Datos del Cónyuge

Marcar con la opción escogida

Persona Natural

Comerciante Individual

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	RTN
Tarjeta de Identidad <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Carnet de Residente <input type="checkbox"/> No. De Identificación:				
Lugar de Nacimiento		Fecha de Nacimiento		Edad
Ciudad	País	D	M	A
Nacionalidad <input type="checkbox"/> Genero <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>				
Estado Civil	Soltero <input type="checkbox"/>	Casado <input type="checkbox"/>	Separado <input type="checkbox"/>	Viudo <input type="checkbox"/>
Divorciado <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/>				
Nombre del Cónyuge	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
Ocupación Actual	Asalariado <input type="checkbox"/>	Independiente <input type="checkbox"/>	Pensionado <input type="checkbox"/>	Ama de casa <input type="checkbox"/>
Estudiante <input type="checkbox"/>				
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="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
Nombre del Negocio:				
Giro/Actividad del Negocio			URMOPRELAFT	
¿Ha desempeñado un cargo público en los últimos cuatro (4) años? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
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 Trabajo	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 Cónyuge

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 principal? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		¿Realiza transacciones en moneda extranjera? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
Fuente	Valor mensual 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):	

Para el envío de información de su póliza contratadas y demás productos y servicios de Davivienda Seguros, seleccione el medio de su conveniencia:

- SMS y WhatsApp, Favor brindar número telefónico: (504) _____
- Correspondencia electrónica (Email), Favor brindar el correo electrónico: _____

II. Programa de Coberturas

Descripción	Suma Propuesta
Básica por Fallecimiento	USD

III. Hábitos, Aviación y Deportes (En caso afirmativo especifique cada concepto)

Actualmente	Clase	Cantidad	Frecuencia
a. ¿Fuma? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>			
b. ¿Ingiere bebidas alcohólicas? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>			
c. ¿Utiliza drogas o estimulantes? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>			
d. Si dejó de utilizar alguno de estos productos, mencione lapso, fecha en que lo suspendió y causa:			
e. ¿Es usted piloto de aviación o pasajero de vuelos particulares o con itinerario irregular?		Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
* En caso afirmativo deberá llenar cuestionario específico			
f. ¿Qué deporte(s) practica? * En caso de deportes de alto riesgo llenar cuestionario específico			

IV. Cuestionario para Solicitud sin Examen Médico

Historial Familiar			
Edad	Estado de Salud	Edad al Morir	Causas de la Muerte
Padre			
Madre			
Cónyuge			
Hijos			

V. Estado de Salud y Algunos Antecedentes

a. ¿Padece actualmente alguna enfermedad? Si No

b. ¿Ha consultado algún médico en los últimos 24 meses? Si No

c. ¿Esta sujeto a algún tratamiento médico? Si No

d. ¿Ha padecido o padece?

Reumatismo	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	Desmayos o ataques	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	
Enfermedades del corazón	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	Operaciones quirúrgicas	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	
Presión arterial alta	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	Síndrome de Inmune deficiencia Adquirida (SIDA)	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	
Enfermedades de los bronquios o pulmones	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	Alguna otra enfermedad	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	
Gastritis o úlceras péptica	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	Análisis de:			
Enfermedades del hígado o de la vesícula biliar	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>		Laboratorio	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
Enfermedades de riñones	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>		Radiografías	<input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
Próstata o vejiga	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>		Electrocardiogramas	<input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
Diabetes	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	Otros	Si <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Algún tumor	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	¿Ha sido hospitalizado?	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	

e. Cuestionario Para Mujeres

¿Alguna enfermedad en la matriz?	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	¿Está embarazada?	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
¿Alguna enfermedad en los ovarios?	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	Fecha de última menstruación:		
¿Alguna enfermedad en los pechos?	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>			

f. Información Adicional ante cualquier Respuesta Afirmativa:

Fecha	Enfermedad	Tratamiento	Duración	Médico tratante	Estado Actual

g. Estatura: _____ Peso: _____ ¿Ha variado su peso en el último año? Si No Aumento: _____ Disminución: _____

h. ¿Le hace falta algún miembro de su cuerpo o parte de él? Si No Detalle hasta donde: _____

¿Tiene alguna deformación? Si No Explique: _____

i. Estado de la vista del ojo derecho: _____ Estado de la vista del ojo izquierdo: _____

Estado audición oído derecho: _____ Estado audición oído izquierdo: _____

j. Datos del Médico de cabecera o tratante:

Nombre completo: _____

Dirección: _____

K. Cuestionario de COVID

1. ¿Tiene síntomas, padece o ha sido diagnosticado con COVID- No
- a. En caso afirmativo, ¿estuvo hospitalizado? Sí No
- b. Durante su hospitalización, ¿Requirió ingresar a cuidados intensivos? Sí No
- c. ¿Se le realizó estudio de imagen pulmonar (rayos X o tomografía) con la cual le diagnosticaron neumonía? Sí No
- Esteroides (Ej. Dexametasona) Tocilizumab Oxígeno Otros: _____
- Remdesivir Antibióti
2. ¿Ha sido vacunado contra el COVID-19? Sí No
- a. ¿Cuántas dosis? _____ Fechas de aplicación: _____ Tipo de vacuna: _____
- b. Anexar copia de carné de vacunación en caso afirmativo (opcional)
3. Posterior a su enfermedad ha presentado alguna de las siguientes secuelas:
- Fatiga Insomnio Trastornos de memoria Depresió
- Dificultad para respirar Malestar en el pecho Ansiedad
- Trastornos de Trastorno de estrés
4. ¿Fue evaluado o está siendo tratado por un médico especialista posterior a la enfermedad de COVID-19?
- Sí No
- a. ¿Nombre del médico que lo evaluó? _____
- b. ¿Dónde fue evaluado? Clínic Casa de

VI. Otros Seguros de Vida

¿Actualmente cuenta con otros seguros de vida o de accidentes personales (AP)? Sí No

Compañía	Suma Asegurada Vida	Suma Asegurada Accidentes Personales

¿Alguna otra compañía lo ha rechazado o extra primado? Sí No

¿Qué compañía?:

Siniestro ocurridos en los últimos tres (3) años:

¿Actualmente está solicitando otro seguro? Sí No ¿Qué tipo de Seguro?

Suma asegurada solicitada:	Compañía a la que solicita:

VII. 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. Identidad	Dirección	Parentesco con el Solicitante	%	Fecha de Nacimiento			Expediente No. Uso Oficina
					D	M	A	

Beneficiarios Contingentes

Nombre	No. Identidad	Dirección	Parentesco con el Solicitante	%	Fecha de Nacimiento			Expediente No. Uso Oficina
					D	M	A	

Observaciones del Asegurado sobre la designación de Beneficiarios:

(El solicitante deberá indicar aquí si tiene alguna disposición especial en caso de muerte de alguno de sus Beneficiarios Designados.)

VIII. Referencias del Asegurado

Nombre	Domicilio	Cod Área	Teléfono

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 retenciones 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 les pregunte, podría originar la pérdida de los derechos del asegurado o de los beneficiarios en su caso.

X. Autorizaciones

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:

Lugar:
Fecha:

Firma del Asegurado Titular:

Firma del Cónyuge:

En caso de solicitantes menores de edad, se requiere la firma del representante Legal.		Firma
Nombre del Representante	Parentesco	

Para uso exclusivo de la Compañía de Seguros	
Aprobado por:	Fecha de aprobación

S-SV-FAEPCO-05-22

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro Pol GPU No.46/23-11-2023.