

SEGURO FLEXIAHORRO

SOLICITUD DE COBERTURA ADICIONAL

“ENDOSO DE ASEGURADO ADICIONAL (EAA)”

Expediente No

Nombre del Asegurado Principal:	Parentesco con el Asegurado Adicional

I. Datos Generales del Asegurado Adicional					Marcar con ☒ la opción escogida		Persona Natural ☐		Comerciante Individual ☐		
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	RTN							
Tarjeta de Identidad ☐		Pasaporte ☐		Carnet de Residente ☐		No. De Identificación:					
Lugar de Nacimiento		Fecha de Nacimiento		Edad	Nacionalidad	Genero					
Ciudad	País	D	M	A		F ☐ M ☐					
Estado Civil	Soltero ☐ Casado ☐ Separado ☐ Viudo ☐ Divorciado ☐ Unión Libre ☐				Teléfono Cónyuge		Cód. Área				
Nombre del Cónyuge	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido							
Ocupación Actual	Asalariado ☐ Independiente ☐ Pensionado ☐ Ama de casa ☐ Estudiante ☐										
Profesión u oficio		Actividad económica		Actividad comercial							
Nombre de la empresa donde labora		Posición/cargo que desempeña		Antigüedad laboral							
¿Posee negocio propio?		Si ☐ No ☐									
Nombre del Negocio:											
Giro/Actividad del Negocio		URMOPRELAFT									
¿Ha desempeñado un cargo público en los últimos cuatro (4) años?		Si ☐ No ☐									
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 Asegurado Adicional

Montos declarados		Ingresos	Egresos	Montos declarados		Activos	Montos declarados		Pasivos
De 0 a 3 Salarios Mínimos	☐	☐		-	L 1,000,000.00	☐	-	L 500,000.00	☐
De 4 a 6 Salarios Mínimos	☐	☐		L 1,000,001.00	L 3,000,000.00	☐	L 500,001.00	L 1,000,000.00	☐
De 7 a 10 Salarios Mínimos	☐	☐		L 3,000,001.00	L 5,000,000.00	☐	L 1,000,001.00	L 3,000,000.00	☐
De 11 a 20 Salarios Mínimos	☐	☐		L 5,000,001.00	L 7,500,000.00	☐	L 3,000,001.00	L 5,000,000.00	☐
De 21 a 50 Salarios Mínimos	☐	☐		L 7,500,001.00	L 10,000,000.00	☐	L 5,000,001.00	L 7,500,000.00	☐
De 51 Salarios Mínimos en adelante	☐	☐		L 10,000,001.00	L 999,999,999.00	☐	L 7,500,001.00	L 10,000,000.00	☐
							L 10,000,001.00	L 999,999,999.00	☐

Detalle el origen de los recursos:

Ingreso total anual L.:

¿Recibe otros ingresos adicionales al de su actividad principal?		Si ☐ No ☐	¿Realiza transacciones en moneda extranjera?		Si ☐ No ☐
Fuente	Valor mensual Monto en Lempiras		Tipo de Moneda:	Dólar ☐ Euro ☐ Otra ☐	
¿Posee Productos en Banco Davivienda?		Si ☐ No ☐	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 ☐ No ☐			
b. ¿Ingiera bebidas alcohólicas? Si ☐ No ☐			
c. ¿Utiliza drogas o estimulantes? Si ☐ No ☐			
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 ☐ No ☐	
* 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	☐	No	☐	Desmayos o ataques
Enfermedades del corazón	Si	☐	No	☐	Operaciones quirúrgicas
Presión arterial alta	Si	☐	No	☐	Síndrome de Inmune deficiencia Adquirida (SIDA)
Enfermedades de los bronquios o pulmones	Si	☐	No	☐	Alguna otra enfermedad
Gastritis o úlceras péptica	Si	☐	No	☐	Análisis de:
Enfermedades del hígado o de la vesícula biliar	Si	☐	No	☐	Laboratorio
Enfermedades de riñones	Si	☐	No	☐	Radiografías
Próstata o vejiga	Si	☐	No	☐	Electrocardiogramas
Diabetes	Si	☐	No	☐	Otros
Algún tumor	Si	☐	No	☐	¿Ha sido hospitalizado?
e. Cuestionario Para Mujeres					
¿Alguna enfermedad en la matriz?	Si	☐	No	☐	¿Está embarazada?
¿Alguna enfermedad en los ovarios?	Si	☐	No	☐	Si
¿Alguna enfermedad en los pechos?	Si	☐	No	☐	No
Fecha de última menstruación: _____					
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 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- ☒ Sí ☐ 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 ☐ Depresión
- ☐ Dificultad para ☐ Malestar en el pecho ☐ Ansiedad
- ☐ respirar ☐ 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? ☐ Clínica ☐ Casa de habitación

VI. Otros Seguros de Vida

¿Actualmente cuenta con otros seguros de vida o de accidentes personales (AP)?			Si ☐	No ☐
Compañía	Suma Asegurada Vida	Suma Asegurada Accidentes Personales		
¿Alguna otra compañía lo ha rechazado o extra primado? Si ☐ No ☐				
¿Qué compañía?:				
Siniestro ocurridos en los últimos tres (3) años:				
¿Actualmente está solicitando otro seguro? Si ☐ 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 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 les 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 BOLIVAR 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 Asegurado Adicional

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-FAEAA-05-22