

# SEGURO FLEXIAHORRO SOLICITUD DE COBERTURA ADICIONAL “ENDOSO DE PROTECCIÓN HIJOS (EPIH)”

**Expediente No**

## I. Datos Generales

Nombre Asegurado Principal:

DATOS HIJO N°1

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Sexo F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>	Estatura (Cms.)	Peso (Lbs.)	
Lugar y fecha de nacimiento		Dia	Mes
		Año	Edad:

DATOS HIJO N°2

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Sexo F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>	Estatura (Cms.)	Peso (Lbs.)	
Lugar y fecha de nacimiento		Dia	Mes
		Año	Edad:

DATOS HIJO N°3

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Sexo F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>	Estatura (Cms.)	Peso (Lbs.)	
Lugar y fecha de nacimiento		Dia	Mes
		Año	Edad:

DATOS HIJO N°4

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Sexo F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>	Estatura (Cms.)	Peso (Lbs.)	
Lugar y fecha de nacimiento		Dia	Mes
		Año	Edad:

DATOS HIJO N°5

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Sexo F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>	Estatura (Cms.)	Peso (Lbs.)	
Lugar y fecha de nacimiento		Dia	Mes
		Año	Edad:

DATOS HIJO N°6

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Sexo F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>	Estatura (Cms.)	Peso (Lbs.)	
Lugar y fecha de nacimiento		Dia	Mes
		Año	Edad:

## II. Información Adicional

(Aplicable a los Hijos únicamente)

¿Alguno de sus hijos ha padecido o padece de enfermedades tales como: Aneurismas, Arteriosclerosis, Ataques o Convulsiones, Cáncer y/o tumores benignos, Depresiones por enfermedades mentales o psiquiátricas, Derrame cerebral, Diabetes, Dolores de cabeza, Epilepsia, Gastro intestinales, Gibosis ( jorobas ), Gota, Parkinson, Tuberculosis, Vértigos o desmayos, de la tiroides, del Cerebro y Nervios, del Corazón, de la Columna, de la Vista, de la Sangre, de las vías Urinarias o Riñones, de los oídos o audición, de los órganos Reproductivos, de las Vías Respiratorias, de la Piel, de los Pulmones, Hipertensión o Hipotensión Arterial, Angina de pecho, Palpitaciones, Disnea ( cansancio ), Neurastenia, Parálisis; Enfermedades venéreas u otro padecimiento no mencionado anteriormente?

Si:  No:

En caso afirmativo subrayar y dar detalles:

Nombre a quien aplica: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Médico Tratante, Hospital o Clínica: \_\_\_\_\_

¿Alguno de sus Hijos ha sido Intervenido quirúrgicamente?

Si:  No:

¿Tiene cirugías pendientes?

Si:  No:

Nombre a quien aplica: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Médico Tratante, Hospital o Clínica: \_\_\_\_\_

¿Alguno de sus Hijos ha recibido tratamiento médico en los últimos años?

Si:  No:

Nombre a quien aplica: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Médico Tratante, Hospital o Clínica: \_\_\_\_\_

¿Alguno de sus Hijos tiene algún impedimento físico?

Si:  No:

Nombre a quien aplica: \_\_\_\_\_

Descríbalo: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Médico Tratante, Hospital o Clínica: \_\_\_\_\_

¿Alguno de sus Hijos ha sufrido algún tipo de accidente?

Si:  No:

Nombre a quien aplica: \_\_\_\_\_

Tipo de accidente: \_\_\_\_\_

Secuelas: \_\_\_\_\_

Fecha del Accidente: \_\_\_\_\_

Médico Tratante, Hospital o Clínica: \_\_\_\_\_

## Observaciones

### IMPORTANTE PARA EL ASEGURADO PRINCIPAL Y/O HIJOS (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.

### III. Autorizaciones

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.

Lugar:

Fecha:

- En caso que el hijo sea menor de edad, firmara el padre brindando la autorización.

Firma hijo N°1:

Firma hijo N°2:

Firma hijo N°3:

Firma hijo N°4:

Firma hijo N°5:

Firma hijo N°6:

Firma Asegurado Principal

S-SV-OFAEPHI-05-22

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