

SEGURO MOMENTOS DE VIDA
Solicitud de Seguro



Cotización No.

Expediente No.

Marcar con ☒ la opción escogida

1. Datos Generales del Asegurado

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
Ciudad	País	D	M	A
Nacionalidad		Sexo		
F ☐ M ☐				
¿Es nudo?: Si ☐ No ☐				
Estado Civil: Soltero ☐ Casado ☐ Separado ☐ Vido ☐ Divorciado ☐ Unión Libre ☐				
Ocupación Actual: Asalariado ☐ Independiente ☐ Pensionado ☐ Ama de Casa ☐ Estudiante ☐				
Nombre del Conyuge:				
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	
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		Hasta
Si su ocupación actual es Ama de casa o Estudiante complete lo siguiente:				
Nombre completo de la persona de quien depende económicamente:				
No. De Identificación		Relación o afinidad		Actividad económica

Dirección Completa de Residencia:

Cobro ☐

Notificaciones ☐

Residencial/barrio/colonia, bloque, avenida, calle, casa		
Punto de Referencia	Departamento	Municipio
Correo electrónico	Teléfono de Residencia	Celular

Dirección Completa de Trabajo:

Cobro ☐

Notificaciones ☐

Residencial/barrio/colonia, bloque, avenida, calle, Edificio		
Punto de Referencia	Departamento	Municipio
Correo electrónico	Teléfono	Fax

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

Información Financiera del Asegurado

Montos declarados:		Ingresos:	Egresos:	Montos declarados:		Activos:	Pasivos:
L 00.01	L 37,073.52	☐	☐	L 00.01	L 1,000,000.00	☐	☐
L 37,073.53	L 74,147.04	☐	☐	L 1,000,000.01	L 3,000,000.00	☐	☐
L 74,147.05	L 123,578.40	☐	☐	L 3,000,000.01	L 5,000,000.00	☐	☐
L 123,578.41	L 247,156.80	☐	☐	L 5,000,000.01	L 7,500,000.00	☐	☐
L 247,156.81	L 617,892.00	☐	☐	L 7,500,000.01	L 10,000,000.00	☐	☐
L 617,892.01	En adelante	☐	☐	L 10,000,000.01	En adelante	☐	☐

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 Tipo de Moneda: Dólar ☐ Euro ☐ Otra: ☐

¿Posee Productos en Banco Davivienda? Si ☐ No ☐ Tipo de Producto(s):

(Campo Obligatorio)

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: _____

2. Programa de Coberturas

Coberturas y Valores Asegurados (Planes en US Dólares)	US\$ PLAN 1 ☐	US\$ PLAN 2 ☐	US\$ PLAN 3 ☐
1. Básica por Fallecimiento	30,000.00	15,000.00	10,000.00
2. Pago Anticipado de la Suma Asegurada por Invalidez total y Permanente (PASIT)	30,000.00	15,000.00	10,000.00
3. Gastos Funebres	3,000.00	1,500.00	1,000.00
4. MOMENTOS DE VIDA	225.00	115.00	75.00

Frecuencia de Pago

Anual ☐ Mensual ☐

Prima de acuerdo a frecuencia de Pago

US\$

Cobertura y Valores Asegurados (Planes en HNL)	L. PLAN 1 ☐	L. PLAN 2 ☐	L. PLAN 3 ☐
1. Básica por Fallecimiento	500,000.00	350,000.00	200,000.00
2. Pago Anticipado de la Suma Asegurada por Invalidez total y Permanente (PASIT)	500,000.00	350,000.00	200,000.00
3. Gastos Funebres	50,000.00	35,000.00	20,000.00
4. MOMENTOS DE VIDA	3,750.00	2,625.00	1,500.00

Frecuencia de Pago

Anual ☐ Mensual ☐

Prima de acuerdo a frecuencia de Pago

HNL

3. Forma de Pago		(Campos Obligatorios)	
Ventanilla	☐	Descuento por Nomina o Planilla	☐
Cuenta de Ahorro	☐	Cuenta de Cheques	☐
		Tarjeta de Credito/debito	☐
		Extrafinanciamiento	☐

* Si su pago es a través de extrafinanciamiento no debe completar la información de "Datos de la Tarjeta"

Datos de la Tarjeta	
No. De Tarjeta :	
Tipo de Tarjeta:	☐ Credito ☐ Débito ☐ Visa ☐ Master Card ☐ American Express
Vencimiento de la tarjeta:	Mes: Año:
Banco emisor de la tarjeta:	
Moneda:	☐ LPS ☐ USD
Titular de la tarjeta:	

* Si 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 Dominio:	
Tipo de Cuenta:	☐ Ahorro ☐ Cheques
Moneda:	☐ LPS ☐ USD
Titular de la Cuenta:	

4. 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 completo y apellidos	No. Identidad	Dirección	Parentesco con el Solicitante	%	Fecha de Nacimiento		
					D	M	A

Beneficiarios Contingentes							
Nombre completo y apellidos	No. Identidad	Dirección	Parentesco con el Solicitante	%	Fecha de Nacimiento		
					D	M	A

5. Cuestionario Médico

¿Padece de las siguientes enfermedades?								
	Si	No		Si	No	Estatura (Mts) _____		
Insuficiencia Renal	☐	☐	SIDA	☐	☐	Peso en Libras _____		
	☐	☐	Leucemia	☐	☐	Masa Corporal _____		
	☐	☐	Arteriosclerosis	☐	☐			
Cáncer	☐	☐						

6. Información Médica

¿Ha padecido o padece de?		Si ☐	No ☐	En caso afirmativo seleccionar y dar detalles	
Aneurismas	☐	Gibosas (Jorobas)	☐	De la sangre	☐ Angina de Pecho ☐
Arteriosclerosis	☐	Gota	☐	De las vías urinarias o riñones	☐ Palpitaciones ☐
Ataques o convulsiones	☐	Parkinson	☐	Del hígado	☐ Disnea (Cansancio) ☐
Cáncer y/o tumores benignos	☐	Tuberculosis	☐	De los oídos o audición	☐ Neurastenia ☐
Depresión por enfermedades mentales o psiquiátricas	☐	Vértigos o desmayos	☐	De los órganos reproductivos	☐ Parálisis ☐
Desmayos cerebrales	☐	De la Tiroides	☐	De las vías respiratorias	☐ VIH ☐
Diabetes	☐	Del Cerebro y nervios	☐	De la piel	☐ SIDA ☐
Dolor de cabeza	☐	Del Corazón	☐	De los pulmones	☐ Enfermedades Venéreas ☐
Epilepsia	☐	De la columna	☐	Hipertensión o hipotensión arterial	☐
Gastrointestinales	☐	De la Vista	☐	Otro padecimiento no mencionado anteriormente:	☐
Diagnóstico				Fecha	
Médico tratante, hospital o clínica:					

¿Ha sido intervenido quirúrgicamente?		Si ☐	No ☐
Diagnóstico		Fecha	
Médico tratante, hospital o clínica:			

¿Tiene cirugía pendiente?		Si ☐	No ☐
Diagnóstico		Fecha	
Médico tratante, hospital o clínica:			

¿Se encuentra en tratamiento médico actualmente? Si ☐ No ☐	
Describalo	Fecha
Médico tratante, Hospital o Clínica:	

¿Usted tiene algún impedimento físico? Si ☐ No ☐	
Describalo	Fecha
Médico tratante, hospital o clínica:	

¿Usted ha sufrido algún tipo de accidente? Si ☐ No ☐	
Tipo de Accidente	Secuelas
Médico tratante, hospital o clínica:	

7. 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 les pregunta, 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 cláusulados, 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.

Las Condiciones Generales y Particulares de esta póliza se encuentran disponibles para su revisión en la página www.davivienda.com.hn

Lugar y Fecha:

Firma del Solicitante

Firma del Contratante

En caso de solicitantes menores de edad, se requiere la firma del representante Legal

Firma

Nombre del Representante	Parentesco	Firma

Para uso exclusivo de la Compañía de Seguros:

Aprobado por:

Fecha de aprobación

----------------------	----------------------

LA0581
Febrero 2020

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		Numero de Agente
Sucursal:		
¿Desde cuando conoce personalmente al solicitante?		
¿Le consta que el cliente completo y firmó la solicitud?		Si ☐ No ☐
¿Conoce usted, algún riesgo especial en la ocupación, o giro del solicitante?		Si ☐ No ☐
Especifique:		
Informe que mi relación con el potencial cliente es de tipo: Familiar ☐ Personal ☐ Referido ☐ Ninguna ☐		
¿Considera que el valor de los bienes objeto de seguro guardan relación con la actividad del cliente y su capacidad económica?		Si ☐ No ☐
¿Con fundamento en la respuestas obtenidas, resultado de la entrevista y demás verificaciones, recomienda al cliente para solicitar el seguro?		Si ☐ No ☐
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:		