

SEGURO DAVIDA PROTECCIÓN CÁNCER

SOLICITUD DE SEGURO

Expediente No

Marcar con ✓ la opción escogida

I. Datos Generales del Asegurado					Persona Natural <input type="radio"/>	Comerciante Individual <input type="radio"/>
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	RTN		
Tarjeta de Identidad <input type="radio"/> Partida de nacimiento (menor 1-17 años) <input type="radio"/> Pasaporte <input type="radio"/> Carnet de Residente <input type="radio"/> No. De identificación:						
Lugar de Nacimiento		Fecha de Nacimiento	Edad	Nacionalidad	Sexo	
Ciudad	Pais	D M A			F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>	
Estado Civil	Soltero <input type="radio"/> Casado <input type="radio"/> Unión Libre <input type="radio"/>					
Nombre del Cónyuge	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido		
Ocupación Actual (menor de edad)	Asalariado <input type="radio"/> Independiente <input type="radio"/> Pensionado <input type="radio"/> Ama de casa <input type="radio"/> Estudiante <input type="radio"/>					
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="radio"/> No <input type="radio"/>						
Nombre del Negocio:						
Giro/Actividad del Negocio				URMOPRELAFT		
¿Ha desempeñado un cargo público en los últimos cuatro (4) años? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>						
Nombre de la Institución		Nombre del cargo desempeñado		Desde	Hasta	
Si su ocupación actual es Ama de casa o Estudiante (menor de edad) complete lo siguiente:						
Nombre completo de la persona de quien depende económicamente:						
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
Correo electrónico	Teléfono de residencia	Celular

Dirección Completa de Trabajo

Cobro

Notificaciones

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

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

II. Datos Generales del Contratante					Persona Natural <input type="radio"/>	Comerciante Individual <input type="radio"/>
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	RTN		
Tarjeta de Identidad <input type="radio"/>	Pasaporte <input type="radio"/>	Carnet de Residente <input type="radio"/>	Nº. De Identificación:			
Lugar de Nacimiento	Fecha de Nacimiento	Edad	Nacionalidad	Sexo		
	Pais	D M A		F <input type="radio"/>	M <input type="radio"/>	
Estado Civil	Soltero <input type="radio"/>		Casado <input type="radio"/>		Unión Libre <input type="radio"/>	
Nombre del Cónyuge	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido		
Ocupación Actual	Asalariado <input type="radio"/>		Independiente <input type="radio"/>	Pensionado <input type="radio"/>	Ama de casa <input type="radio"/>	Estudiante <input type="radio"/>
Profesión u oficio		Actividad económica		Actividad comercial		
Nombre de la empresa / u de labora		Posición/cargo que desempeña		Antigüedad laboral		
¿Posee negocio propio? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>						
Nombre del Negocio:						
Giro/Actividad del Negocio			URM O PRELAFT			
¿Ha desempeñado un cargo público en los últimos cuatro (4) años? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>						
Nombre de la Institución		Nombre del cargo desempeñado		Desde	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 Afinidad		Actividad económica		

Dirección Completa de Residencia			Cabro <input type="radio"/>	Notificaciones <input type="radio"/>
Residencial/barrio/colonia/bloque, avenida, calle, casa				
Punto de referencia	Departamento	Municipio		
Correo electrónico	Teléfono de residencia	Celular		

Dirección Completa de Trabajo			Cabro <input type="radio"/>	Notificaciones <input type="radio"/>
Residencial/barrio/colonia/bloque, avenida, calle, casa				
Punto de referencia	Departamento	Municipio		
Correo electrónico	Teléfono de residencia	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 o del Contratante

Montos declarados	
Total de Ingresos Mensuales	L. <input type="text"/>
Total de Egresos Mensuales	L. <input type="text"/>

Montos declarados		Activos	Pasivos
L. 00.01	L. 1,000,000.00	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L. 1,000,000.01	L. 3,000,000.00	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L. 3,000,000.01	L. 5,000,000.00	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L. 5,000,000.01	L. 7,500,000.00	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L. 7,500,000.01	L. 10,000,000.00	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L. 10,000,000.01	En adelante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Detalle el origen de los recursos: Ingreso total anual L.

¿Recibe otros ingresos adicionales al de su actividad? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		¿Realiza transacciones en moneda extranjera? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
Fuente	Valor mensual Monto en Lempiras	Tipo de Moneda: <input type="radio"/> Dólar <input type="radio"/> Euro <input type="radio"/> Otra		
¿Posee Productos en Banco Davivienda? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		Tipo de Producto(s):		

III. Programa de coberturas

Coberturas y Valores Asegurados	PLAN 1 <input type="radio"/>	PLAN 2 <input type="radio"/>	PLAN 3 <input type="radio"/>	PLAN 4 <input type="radio"/>	PLAN 5 <input type="radio"/>
1. Beneficio Básico por Primer Diagnóstico de Cáncer	L. 200,000.00	L. 350,000.00	L. 500,000.00	L. 750,000.00	L. 1,000,000.00
2. Beneficio Adicional por Gastos Funerarios	L. 20,000.00	L. 35,000.00	L. 50,000.00	L. 75,000.00	L. 100,000.00
3. Servicio de Asistencia Psicológica	Amparada	Amparada	Amparada	Amparada	Amparada

FRECUENCIA DE PAGO Anual Mensual PRIMA DE ACUERDO A FRECUENCIA DE PAGO L.

III. Forma de Pago

Ventanilla Cuenta de Ahorro Descuento por Nómina o Planilla Cuenta de Cheques Tarjeta de Crédito/Debito Extra Financiamiento

* Si su pago es a través de Extra Financiamiento no debe completar la información de Datos de la Tarjeta

IV. Datos de la Tarjeta

No. De Tarjeta:

Tipo de Tarjeta: Crédito 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.

V. Datos de la cuenta Bancaria

* No. De Cuenta Bancaria en Davivienda:

Tipo de Cuenta: Ahorro Cheque Moneda: LPS USD

Titular de la Cuenta:

VI. 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	

VII. Cuestionario Médico

¿Usted ha padecido o padece, ha sido diagnosticado, ha tenido resultados positivos o ha recibido tratamientos por Cáncer, Tumores o Quistes Malignos u otro tipo de enfermedades oncológicas?: Si No

¿En su familia algún familiar biológico hasta 1ra. generación (padres, hijos, hermanos) ha padecido o falleció de Cáncer o a consecuencia de un Tumor maligno antes de los 60 años? Si No

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 hubiése conocido el verdadero estado de las cosas, según 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 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 o 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. (DIVIENDA 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 renovar 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 cláusulas, 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.distribondo.com.uy:

Lugar:
Fecha:

Firma del Solicitante:

Firma del Contratante:

LA0615
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		Número de Agente	
Sucursal:			
¿Desde cuándo conoce personalmente al solicitante?			
¿Le consta que el cliente completó y firmó la solicitud?		Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
¿Conoce usted, algún riesgo especial en la ocupación, o giro del solicitante?		Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
Especifique:			
Informe que mi relación con el potencial cliente es de tipo:		Familiar <input type="radio"/>	Personal <input type="radio"/>
		Referido <input type="radio"/>	Ninguna <input type="radio"/>
¿Considera que el valor de los bienes objeto de seguro guardan relación con la actividad del cliente y su capacidad económica?		Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
¿Con fundamento en la respuestas obtenidas, resultado de la entrevista y demás verificaciones, recomienda al cliente para solicitar el seguro?		Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
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:			