

SEGURO COLECTIVO AHORROFLEX

SOLICITUD DE SEGURO

Expediente No

 Marcar con ☒ la opción escogida

I. Datos Generales del Contratante

 Persona Jurídica ☐ Empresa de Gobierno ☐ Entidad Supervisada ☐ ONG ☐

Razón Social		Nombre Comercial	
Tipo de Capital: Pública ☐ Privada ☐ Mixta ☐		R.T.N (adjuntar fotocopia):	
Giro/actividad económica:		URMOPRELAFT	
Nombre completo del Contador:			
No. Inscripción en Registro Mercantil (anexar copia escritura social)		País de Constitución	
		Fecha de Constitución	
		D M A	
Dirección Completa:			
Departamento	Municipio	Cód. de Área	Teléfono
Correo electrónico		Sitio Web	
¿La Empresa pertenece a un Grupo Financiero o Económico?		Si ☐ No ☐	
Nombre del Grupo Financiero o Económico:			
¿La Empresa cuenta con filiales en el extranjero?		¿Dónde?	
Si ☐ No ☐			
¿La Empresa previene y controla el lavado de activos y financiamiento al terrorismo?		Si ☐ No ☐	
Proveedores Principales			
Nombre Completo		Nombre Comercial	

Información Financiera del Contratante

Montos declarados		Ingresos	Egresos
L 00.01	L 250,000.00	☐	☐
L 250,000.01	L 500,000.00	☐	☐
L 500,000.01	L 1,000,000.00	☐	☐
L 1,000,000.01	L 3,000,000.00	☐	☐
L 3,000,000.01	L 5,000,000.00	☐	☐
L 5,000,000.01	L 10,000,000.00	☐	☐
L 10,000,000.01	L 15,000,000.00	☐	☐
L 15,000,000.01	L 20,000,000.00	☐	☐
L 20,000,000.01	En adelante	☐	☐

Montos declarados		Activos	Pasivos
L 00.01	L 500,000.00	☐	☐
L 500,000.01	L 1,000,000.00	☐	☐
L 1,000,000.01	L 3,000,000.00	☐	☐
L 3,000,000.01	L 5,000,000.00	☐	☐
L 5,000,000.01	L 10,000,000.00	☐	☐
L 10,000,000.01	L 15,000,000.00	☐	☐
L 15,000,000.01	L 20,000,000.00	☐	☐
L 20,000,000.01	L 30,000,000.00	☐	☐
L 30,000,000.01	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 Monto en Lempiras	Tipo de Moneda:	Dólar ☐ Euro ☐ Otra ☐

Información de Accionistas o Asociados (con el 5% o más de participación)		Cantidad de Accionistas:	
Tipo de Documento	No. De Documento	Nombre y/o Razón Social	% de Participación

En caso de tener más accionistas reportar la totalidad accionaria en una Hoja Adicional.

Favor indicarnos los miembros que forman parte de la Junta Directiva	
Nombre	Puesto que desempeña en la Junta Directiva

En caso de tener más miembros de la Junta Directiva reportar en una Hoja Adicional.

II. Datos Generales del Representante Legal									
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	
Ciudad		País		D	M	A			Sexo
									F ☐ M ☐
Estado Civil		Soltero ☐ Casado ☐ Separado ☐ Viudo ☐ Divorciado ☐ Unión Libre ☐							
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	

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 residencia	Cód. de Área	Celular

Información Financiera del Representante Legal

Montos declarados		Ingresos	Egresos
-	L 43,042.35	☐	☐
L 43,042.36	L 86,084.70	☐	☐
L 86,084.71	L 143,474.50	☐	☐
L 143,474.51	L 286,949.00	☐	☐
L 286,949.01	L 717,372.50	☐	☐
L 717,372.51	L 999,999,999.00	☐	☐

Montos declarados		Activos
-	L 1,000,000.00	☐
L 1,000,001.00	L 3,000,000.00	☐
L 3,000,001.00	L 5,000,000.00	☐
L 5,000,001.00	L 7,500,000.00	☐
L 7,500,001.00	L 10,000,000.00	☐
L 10,000,001.00	L 999,999,999.00	☐

Montos declarados		Pasivos
-	L 500,000.00	☐
L 500,001.00	L 1,000,000.00	☐
L 1,000,001.00	L 3,000,000.00	☐
L 3,000,001.00	L 5,000,000.00	☐
L 5,000,001.00	L 7,500,000.00	☐
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 ☐

III. Persona Autorizada para contratar (En caso de que sea distinta al Representante Legal)

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
Ciudad	País	D M A		Sexo
Estado Civil	Soltero ☐ Casado ☐ Separado ☐ Viudo ☐ Divorciado ☐ Unión Libre ☐			
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

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

Información Financiera de la Persona Autorizada para Contratar

Montos declarados		Ingresos	Egresos
-	L 43,042.35	☐	☐
L 43,042.36	L 86,084.70	☐	☐
L 86,084.71	L 143,474.50	☐	☐
L 143,474.51	L 286,949.00	☐	☐
L 286,949.01	L 717,372.50	☐	☐
L 717,372.51	L 999,999,999.00	☐	☐

Montos declarados		Activos
-	L 1,000,000.00	☐
L 1,000,001.00	L 3,000,000.00	☐
L 3,000,001.00	L 5,000,000.00	☐
L 5,000,001.00	L 7,500,000.00	☐
L 7,500,001.00	L 10,000,000.00	☐
L 10,000,001.00	L 999,999,999.00	☐

Montos declarados		Pasivos
-	L 500,000.00	☐
L 500,001.00	L 1,000,000.00	☐
L 1,000,001.00	L 3,000,000.00	☐
L 3,000,001.00	L 5,000,000.00	☐
L 5,000,001.00	L 7,500,000.00	☐
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 ☐	

IV. Otros Seguros de Vida

¿Tiene otros seguros con esta Compañía?		Si ☐ No ☐	
¿Qué tipo de seguros?			
¿En que otra compañía tiene o ha tenido seguros?			
¿Qué tipo de Seguro?		Suma Asegurada	
Siniestro aourridos en los últimos tres (3) años:			

V. Forma de Pago

Ventanilla ☐	Descuento por Nómina o Planilla ☐	Tarjeta de Crédito/Debito ☐
Cuenta de Ahorro ☐	Cuenta de Cheques ☐	Extra Financiamiento ☐
* Si su pago es a través de Extra Financiamiento no debe completar la información de Datos de la Tarjeta		

VI. 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.																			

VII. Datos de la cuenta Bancaria

* No. De Cuenta Bancaria en Davivienda:																			
Tipo de Cuenta:	Ahorro ☐	Cheque ☐			Moneda	LPS	☐	USD	☐										
Titular de la Cuenta:																			
(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 numero telefónico: (504) _____

☐ Correspondencia electrónica (Email). Favor brindar el correo electrónico: _____

VIII. Especificación de Coberturas

Descripción	Suma Propuesta
Básica por Fallecimiento	L.
Alternativa de Indemnización por Muerte	
a. 25 veces el salario nominal mensual	
b. 250 veces el aporte periódico mensual A ☐ B ☐	
Coberturas Adicionales	
Doble Indemnización por Muerte y Pérdidas Orgánicas (DIMAP)	Si ☐ No ☐
Exención del Costo del Seguro por Invalidez Total y Permanente (ESCIT)	Si ☐ No ☐
Renta Mensual por Invalidez Total y Permanente (REMI) (Renta Máxima Mensual= 2% S.A. Básica por Fallecimiento)	Si ☐ No ☐

IX. Programa de Aportaciones

a) ¿Aporta el asegurado par constituir el Fondo de Ahorro?		b) Aportaciones Mensuales:	
Si ☐ No ☐			
Alternativa A		Alternativa B	
(25 veces el salario nominal)		(250 veces el Aporte periódico mensual)	
Contratante:	% del salario	Contratante:	% del salario
Asegurado:	% del salario	Asegurado:	% del salario
Total:	% del salario	Total:	% del salario

X. Acuerdo entre el Gobierno de Honduras y el Gobierno de los Estados Unidos para Mejorar el Cumplimiento Tributario Internacional e Implementar FATCA (La información debe ser completada por el Contratante)

Persona Jurídica

1. ¿La empresa es sucursal, Filial o subsidiaria de otra Empresa?	Si ☐ No ☐		
Si su respuesta es SI , favor indicar País de la Casa Matriz:			
2. ¿La empresa es sujeto de tributación fiscal en Estados Unidos?	Si ☐ No ☐		
3. ¿La empresa cotiza en bolsa?	Si ☐ No ☐		
4. ¿Algunos de los socios con mas del 5% de acciones de la Empresa es sujeto de tributación fiscal en Estados Unidos?	Si ☐ No ☐		
Si su empresa No es sujeta a Tributación Fiscal en Estados Unidos, favor firmar la siguiente certificación. Por este medio declaro, que mi representada no es una entidad Estadounidense, no existen socios estadounidenses que representen más del 5% de las acciones de la sociedad, ni tiene obligación fiscal con EE.UU de acuerdo a su legislación vigente.			
Firma del Asegurado/Autorizado para contratar			
Si Respondió SI al inciso 2, favor brindar su Numero de Identificación Fiscal en EE.U U. <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>Numero de Identificación Fiscal (TIN)</td> </tr> <tr> <td> </td> </tr> </table>		Numero de Identificación Fiscal (TIN)	
Numero de Identificación Fiscal (TIN)			

FATCA: EL CONTRATANTE declara conocer los términos del "Acuerdo entre el Gobierno de la República de Honduras y el Gobierno de los Estados Unidos de América para Mejorar el Cumplimiento Tributario Internacional e Implementar FATCA, por lo que se obliga a proporcionar a LA COMPAÑÍA toda la información que éste pueda requerir para cumplir con dicho acuerdo (Inclusive la relacionada con sus accionistas, cuando sea persona jurídica). EL CONTRATANTE acepta que cualquier inexactitud o falsedad en la información proporcionada o cualquier incumplimiento a los requerimientos de información, faculta a LA COMPAÑÍA para dar por terminado el presente contrato de forma inmediata y sin previa notificación.

XI. Autorizaciones

Dedaro:

Que lo manifestado anteriormente, así como la información en la relación del personal asegurable es verídica y exacta, y que además todas las personas que aparecen en dicha relación gozan de buena salud a mi leal saber y entender; sin embargo, si en el momento de emitirse la póliza solicitada, alguno de ellos estuviere enfermo, quedará excluido del Seguro, pudiendo ser incorporado, al desaparecer las causas que motivan su exclusión.

El que suscribe declara haber contestado con toda conciencia a las preguntas que preceden y se compromete a aceptar, a su representación la póliza establecida en base de la presente solicitud y a pagar la prima anticipadamente.

Declaración de Origen de Fondos y Autorización para consulta y reporte a las Centrales de Riesgo

El que suscribe declara 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.

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.

**Las Condiciones Generales y Particulares de esta póliza se encuentran disponibles para su revisión en la página www.davivienda.com.hn
El solicitante hace constar que conoce y acepta las Condiciones Generales.**

Lugar:
Fecha:

Firma del Solicitante:

Para uso exclusivo de la Compañía de Seguros:

Aprobado por:

Información del Agente/Asesor de Seguros

Para ser completado por el funcionario, intermediario o asesor que realizó la entrevista

S-SV-SCAF-05-22

Nombre del Responsable de la Entrevista		Número de Agente	
Sucursal:			
¿Desde cuando conoce personalmente al solicitante?			
¿Le consta que el cliente completó y firmó la solicitud?		Si ☐	No ☐
¿Conoce usted, algún riesgo especial en la ocupación, o giro del solicitante?		Si ☐	No ☐
Especifique:			
Informo 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:			