

Seguro Colectivo de  
Accidentes Personales  
Solicitud de Seguro



Expediente No.

Póliza No.

Marcar con  la opción escogida

**1. Datos Generales del Contratante** Persona Jurídica  Empresa de Gobierno  Entidad Supervisada  ONG

Razón Social		Nombre Comercial	
Tipo de Capital: Pública <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Mixta <input type="checkbox"/>		R.T.N (adjuntar fotocopia):	
Giro/actividad económica:			
Nombre del Contador:		N° de empleados:	
No. Inscripción en Registro Mercantil (anexar copia escritura social)		País de Constitución	Fecha de Constitución
Dirección Completa:			
<input type="text"/>			
<input type="text"/>			
¿La Empresa pertenece a un Grupo Financiero o Económico? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Nombre del Grupo Financiero o Económico:			
¿La Empresa cuenta con filiales en el extranjero? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Dónde?	
¿La Empresa previene y controla el lavado de activos y financiamiento al terrorismo? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Proveedores Principales			
Nombre Completo		Nombre Comercial	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	

**Información Financiera**

Montos declarados		Ingresos	Egresos	Montos declarados		Activos	Pasivos
L 00.01	L 250,000.00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L 00.01	L 500,000.00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L 250,000.01	L 500,000.00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L 500,000.01	L 1,000,000.00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L 500,000.01	L 1,000,000.00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L 1,000,000.01	L 3,000,000.00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L 1,000,000.01	L 3,000,000.00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L 3,000,000.01	L 5,000,000.00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L 3,000,000.01	L 5,000,000.00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L 5,000,000.01	L 10,000,000.00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L 5,000,000.01	L 10,000,000.00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L 10,000,000.01	L 15,000,000.00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L 10,000,000.01	L 15,000,000.00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L 15,000,000.01	L 20,000,000.00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L 15,000,000.01	L 20,000,000.00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L 20,000,000.01	L 30,000,000.00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L 20,000,000.01	En adelante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L 30,000,000.01	En adelante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Detalle el origen de los recursos:

Ingreso total anual L.:



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

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

## 2. Datos Generales del Representante Legal

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
Ciudad	País	D   M   A		Sexo F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>
Estado Civil	Soltero <input type="radio"/> Casado <input type="radio"/> Separado <input type="radio"/> Viudo <input type="radio"/> Divorciado <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 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			URMOPRIEIAFT	
¿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

### Dirección Completa de Residencia:

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



**Dirección Completa de Trabajo:**

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

**Información Financiera del Representante Legal**

Montos declarados		Ingresos	Egresos	Montos declarados		Activos	Pasivos
L 00.01	L 34,648.17	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	L 00.01	L 1,000,000.00	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L 34,648.18	L 69,296.34	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	L 1,000,000.01	L 3,000,000.00	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L 69,296.35	L 111,493.90	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	L 3,000,000.01	L 5,000,000.00	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L 111,493.91	L 230,987.80	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	L 5,000,000.01	L 7,500,000.00	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L 230,987.81	L 577,469.50	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	L 7,500,000.01	L 10,000,000.00	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L 577,469.51	En adelante	<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 principal? Si  No  Realiza transacciones en moneda extranjera? Si  No

Fuente	Valor mensual	Tipo de Moneda: Dólar <input type="radio"/> Euro <input type="radio"/> Otra: <input type="radio"/>
--------	---------------	--

**3. 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 <input type="radio"/> Pasaporte <input type="radio"/> Carnet de Residente <input type="radio"/>		No. de Identificación:		
Lugar de Nacimiento		Fecha de Nacimiento	Edad	Nacionalidad
Ciudad	País	D M A		Sexo F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>
Estado Civil	Soltero <input type="radio"/>	Casado <input type="radio"/>	Separado <input type="radio"/>	Viudo <input type="radio"/> Divorciado <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 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			URMOPRIEAFI	
¿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

**Dirección Completa de Residencia:**

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



**Información Financiera de la persona Autorizada para contratar**

Montos declarados		Ingresos	Egresos	Montos declarados		Activos	Pasivos
L 00.01	L 34.648.17	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	L 00.01	L 1,000,000.00	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L 34,648.18	L 69,296.34	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	L 1,000,000.01	L 3,000,000.00	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L 69,296.35	L 111,493.90	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	L 3,000,000.01	L 5,000,000.00	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L 111,493.91	L 230,987.80	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	L 5,000,000.01	L 7,500,000.00	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L 230,987.81	L 577,469.50	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	L 7,500,000.01	L 10,000,000.00	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L 577,469.51	En adelante	<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 principal?  Sí  No  Realiza transacciones en moneda extranjera?  Sí  No

Fuente: \_\_\_\_\_ Valor mensual: \_\_\_\_\_ Tipo de Moneda: Dólar  Euro  Otra:

**4 Otros Seguros de Vida**

Actualmente cuenta con otros seguros de vida o de accidentes personales (AP)?  Sí  No

Tiene otros seguros con esta Compañía  Sí  No

¿Que tipo de seguros? \_\_\_\_\_

¿En que otra Compañía tiene o ha tenido seguros? \_\_\_\_\_

¿Que tipo de seguros? \_\_\_\_\_ Suma asegurada: \_\_\_\_\_

Siniestros Ocurridos en los últimos tres años: \_\_\_\_\_

**5 Programa de Coberturas**

**Coberturas**

Muerte Accidental	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Incapacidad Permanente	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Incapacidad Temporal	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Gastos Médicos por Accidente y Hospitalización	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>

Vigencia:		Forma de Pago	
Desde	Hasta	Anual	Semestral
Suma Asegurada		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		Trimestral <input type="radio"/>	Otro <input type="radio"/>

La relación del personal para asegurar, y el listado de los beneficiarios que siguen a continuación forman parte integrante de esta solicitud, y se deja constancia expresa que el presente seguro cubre los accidentes que puedan ocurrirle a los asegurados mientras se encuentren:  Dentro  Fuera

Las sumas aseguradas por concepto de: MUERTE ACCIDENTAL, INCAPACIDAD PERMANENTE, INCAPACIDAD TEMPORAL Y GASTOS MEDICOS, según el caso, estarán sujetas a las especificaciones consignadas en la relación de asegurados para cada uno de ellos, de conformidad con las Condiciones Generales de la Póliza

¿Existen o han existido otras pólizas sobre algunas personas a asegurar?  SI  NO

Compañía Aseguradora: \_\_\_\_\_ Suma Asegurada: \_\_\_\_\_



En caso negativo, ¿por qué motivo fueron rescindidas?		
¿Alguna de las personas a asegurarse han sido víctimas de algún accidente?	SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>
¿Ha producido éste consecuencias permanentes?	SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>
Si la respuesta es SI, indique el tipo de lesiones:		
¿Ha producido éste consecuencias permanentes?		

**6. Autorizaciones y declaraciones del Contratante**

**DECLARO:** 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.davienda.com.hn](http://www.davienda.com.hn)

El solicitante hace constar que conoce y acepta las Condiciones Generales.

Lugar y Fecha:

Firma y Sello del Contratante

Para uso exclusivo de la Compañía de Seguros

Aprobado por:

Fecha de aprobación

--	--

LA0286  
Febrero 2019

**Información del Agente/Asesor de Seguros**

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

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 <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:	
Informo 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:	<b>Firma del responsable de la entrevista</b>
Departamento:	
Fecha:	

