Seguro Colectivo de Vida y Médico Hospitalario

Solicitud de Seguro

DAVIVIENDA Seguros

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 ○ Privada ○ Mixta ○	R.T.N (adjuntar fotocopia):
Giro/actividad económica:	URMOPRELAFT
Nombre del Contador:	N° de empleados:

No. Inscripción en Registro Mercantil (anexar copia escritura social)	País de Constitución	Fecha de Constitución

Dirección Completa:			
Departamento	Municipio	Teléfono	Fax
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? Si ○ No ○	¿Dónde?

¿La Empresa previene y controla el lavado de activos y financiamiento al terrorismo? Si ○ No ○

Proveedores Principales

Nombre Completo	Nombre Comercial

Información Financiera

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	Tipo de Moneda: Dólar ◯ Euro ◯ Otra: ◯
¿Posee Productos en Banco Davivienda? Si ◯ No ◯ 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 accionaría 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 ◯ Pasaporte ◯ Carnet de Residente ◯	No. de Identificación:

Lugar de Nacimiento		Fecha de Nacimiento			Edad	Nacionalidad	Sexo
Ciudad	País	D	M	A			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

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
L 00.01	L 34,648.17	◯	◯
L 34,648.18	L 69,296.34	◯	◯
L 69,296.35	L 111,493.90	◯	◯
L 111,493.91	L 230,987.80	◯	◯
L 230,987.81	L 577,469.50	◯	◯
L 577,469.51	En adelante	◯	◯

Montos declarados		Activos	Pasivos
L 00.01	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 7,500,000.00	◯	◯
L 7,500,000.01	L 10,000,000.00	◯	◯
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: ◯

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 ◯ Pasaporte ◯ Carnet de Residente ◯ No. de Identificación:

Lugar de Nacimiento		Fecha de Nacimiento			Edad	Nacionalidad	Sexo
Ciudad	País	D	M	A			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

Dirección Completa de Residencia:

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

Información Financiera Persona Autorizada para contratar

Montos declarados		Ingresos	Egresos
L 00.01	L 34,648.17	◯	◯
L 34,648.18	L 69,296.34	◯	◯
L 69,296.35	L 111,493.90	◯	◯
L 111,493.91	L 230,987.80	◯	◯
L 230,987.81	L 577,469.50	◯	◯
L 577,469.51	En adelante	◯	◯

Montos declarados		Activos	Pasivos
L 00.01	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 7,500,000.00	◯	◯
L 7,500,000.01	L 10,000,000.00	◯	◯
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 ◯

Fuente: Valor mensual:

Realiza transacciones en moneda extranjera? Si ◯ No ◯

Tipo de Moneda: Dólar ◯ Euro ◯ Otra: ◯

(Campo Obligatorio)

Para el envió 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: _____

4. Vigencia del Seguro

Duración del Seguro	Vigencia desde			Hasta		
	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año

5. Riesgos Cubiertos

Se deja constancia expresa que el presente seguro cubre los riesgos de:

Fallecimiento ◯ Gastos médicos Hospitalarios ◯

Las sumas aseguradas para cada uno de los riesgos cubiertos serán las que correspondan a cada individuo a asegurar de acuerdo a la clasificación proporcionada por el contratante y consignada en esta oferta.

6. Beneficios Adicionales

Descripción		
Doble Indemnización por Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas (DIMAP)	Si ◯	No ◯
Pago Anticipado de la Suma Asegurada por Invalidez Total y Permanente (PASIT)	Si ◯	No ◯

Últimos Gastos: Si ◯ No ◯ Empleado: Dependientes:

	Parto Normal	Cesarea	Aborto
Maternidad: Con cuadro de beneficios	L.	L.	L.

Maternidad como cualquier otra Incapacidad: Si ◯ No ◯

Maternidad Inmediata Si ◯ No ◯ Cobertura Previa Si ◯ No ◯

	Período de Espera
El embarazo debe iniciar mientras se encuentra asegurada Si ◯ No ◯	

Para que la asegurada tenga derecho, sus dependientes deben estar asegurados Si ◯ No ◯

7. Información Especial

Categoría de empleados que serán excluidos:

Número de empleados elegibles:	Número de empleados inscritos:
Seguro Colectivo de Vida: _____	Seguro Colectivo de Vida: _____
Seguro Médico Hospitalario: _____	Seguro Médico Hospitalario: _____

¿Alguna de las personas a asegurarse han sido víctimas de algún accidente? Si ◯ No ◯

¿Algún accidente le ha producido consecuencias permanentes? Si ◯ No ◯

Si la respuesta es Si, indique el tipo de lesiones:

8. Forma de Pago

Contributorio			
Vida Colectivo	Si ◯ No ◯	Médico Hospitalario	Si ◯ No ◯

Si el plan es contributario se requiere la participación de:

_____ % para empleados _____ % para dependientes

Forma de Pago	
Anual	◯
Semestral	◯
Trimestral	◯
Otro	◯

9. Otros

¿El grupo tiene seguro actualmente con otra Compañía ? Si ◯ No ◯

Si su respuesta es afirmativa favor indicar: Tipo de seguro:

a) Seguro de Vida ◯ b) Seguro Médico Hospitalario ◯ c) Accidentes Personales ◯

Suma Asegurada:

Nombre de la Compañía de Seguros: Periodo de Cobertura:

Siniestros ocurridos en los últimos tres (3) años:

Nuevos empleados serán elegibles:
Inmediatamente ◯ Después de: _____ De servicio continuo y activo ◯

Cualquier cambio de beneficios por cambio de clasificación será efectivo:
Inmediatamente ◯ Al ser procesado en la Compañía ◯

La cobertura del seguro para empleados es:
Ocupacional y No Ocupacional ◯ No Ocupacional ◯
(**Nota:** Para dependientes es No Ocupacional)

Nuevos empleados y dependientes de _____ Años de edad no serán elegibles.

El seguro es: Para el Área de Centro América ◯ Mundial ◯

10. Gastos Incurridos en el Área de Centroamérica:

Deducible: Por año Calendario: Por Individuo: _____ Agregado por familia: Si ◯ NO ◯ No:_____

Efectivo Deducible por gastos de los últimos 3 meses: Con Traslado ◯ Sin Traslado ◯

Máximo cargo diario de Hospital por Cuarto y Alimentos: L. _____

Porcentaje de Reembolso:

a) Fijo de _____ %.

b) Graduado así: _____ % de los primeros L. _____ de gastos elegibles incurridos por persona asegurada o L. _____ Por núcleo familiar y el _____ % de los gastos elegibles siguientes, Aplicándose esta fórmula:

Año Calendario ◯ Hospitalización ◯

11. Gastos Incurridos fuera del Área de Centroamérica:

Deducible: $ _____ por Individuo.

Por incapacidad aplicable a periodos de _____ días.

Máximo cargo diario de Hospital por Cuarto y Alimentos: $ _____

Porcentaje de Reembolso:

a) Fijo de _____ %.

b) Graduado así: _____ % de los primeros Lps. _____ de gastos elegibles incurridos por persona asegurada y el _____ % de los gastos elegibles siguientes:

Por Año Calendario ◯ Por Incapacidad ◯

El límite de Co-aseguro aplica:

A todos los gastos ◯	Sólo gastos por Internamiento ◯

NOTA: Cuando el límite de Co-aseguro es aplicable a gastos por internamiento únicamente, los gastos ambulatorios se reembolsan al 80% sin límite de Co-aseguro.

Máximo Vitalicio _____ reduce a Lps. _____ al cumplimiento de _____ años de edad.

Restauración Anual Automática por Lps. _____ Si ◯ No ◯

Tratamiento Psiquiátrico Ambulatorio: Si ◯ No ◯

No. Consultas	Valor L:	Reembolso: %

Se incluye un depósito de L. _____ para que se aplique a la prima.

Autorizaciones y Declaraciones

DECLARO: Que todas las manifestaciones aquí hechas, así como también las contenidas en la relación de Asegurados, para ser anexada a la póliza, forman parte del contrato de seguro. Declaro, igualmente, que todas las personas incluidas en dicha relación gozan de buena salud. Sin embargo, si al momento de emitirse la póliza aquí solicitada, alguno de ellos estuviere enfermo, quedará excluido del seguro pudiendo ser incorporado posteriormente al desaparecer las causas que motivaron la exclusión, previa notificación escrita del solicitante a la Compañía de Seguros. Asimismo, declaro que he recibido copia de las condiciones generales del seguro solicitado.

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

El que suscribe declara que tanto la actividad, profesión u oficio del Contratante es lícita y la ejerce dentro de los marcos legales y los recursos que posee no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Hondureño. La información que se ha suministrado en este documento es veraz y verificable. Acepta a su representación, 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 Contratante.

Asímismo, autoriza a esta Compañía de Seguros a reportar, procesar, solicitar y consultar la información necesaria sobre el comportamiento crediticio del Contratante en las Centrales de Riesgo y las 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 y Fecha:	

Firma y Sello del Contratante

Para uso exclusivo de la Compañía de Seguros	
Aprobado por:	Fecha de aprobación

LA0099
Febrero 2019

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 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				

	Firma del responsable de la entrevista
Ciudad:	
Departamento:	
Fecha:	

Texto Registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros, según Resolución Registro POL GPU No. 71/12-10-2021