

Seguro de Retiro Protegido

Solicitud de Seguro



Expediente 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:		URMOPRELAFT	
Nombre del Contador:			
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 <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	

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: _____

¿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 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 <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			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

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 37,073.52	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	L 00.01	L 1,000,000.00	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L 37,073.53	L 74,147.04	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	L 1,000,000.01	L 3,000,000.00	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L 74,147.05	L 123,578.40	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	L 3,000,000.01	L 5,000,000.00	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L 123,578.41	L 247,156.80	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	L 5,000,000.01	L 7,500,000.00	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L 247,156.81	L 617,892.00	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	L 7,500,000.01	L 10,000,000.00	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L 617,892.01	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: _____

¿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"/>	

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			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

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	
L 00.01	L 37,073.52	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	L 00.01	L 1,000,000.00	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L 37,073.53	L 74,147.04	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	L 1,000,000.01	L 3,000,000.00	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L 74,147.05	L 123,578.40	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	L 3,000,000.01	L 5,000,000.00	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L 123,578.41	L 247,156.80	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	L 5,000,000.01	L 7,500,000.00	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L 247,156.81	L 617,892.00	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	L 7,500,000.01	L 10,000,000.00	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L 617,892.01	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: _____

¿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"/>	

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: _____

4. Información Otros Seguros

¿En qué otra Compañía tiene o ha tenido seguros?	Qué tipo de Seguros?	Suma Asegurada

Numero de Sinistros ocurridos en los últimos tres años?

5. Vigencia del Seguro (Para uso exclusivo del área Técnica)

Desde:	Hasta:
--------	--------

6. Beneficiarios del Seguro

Nombre/Razón o Denominación Social	N°. de Identidad/RTN	Número de Teléfono

7. Especificación de Cobertura

No	Descripción	Amparado / Excluido
1	Seguro de Retiro Protegido	

8. Otras Cláusulas Especiales

Riesgo Cubiertos

Toda pérdida por robo del efectivo cobrado en una agencia, ventanilla u otro lugar autorizado del Banco Tomador del Seguro, por el valor equivalente al valor del retiro de la cuenta del Asegurado y que ha sido debitado a la cuenta, siempre que esa pérdida ocurra en el territorio de la República de Honduras, a consecuencia de robo o hurto al interior del local ocupado por la dependencia del Banco o en otro lugar al exterior del mismo, siempre que haya ocurrido dentro de un término máximo de las cuatro (4) horas siguientes a la hora del día en que dicho retiro haya sido efectuado por el Asegurado.

Prima Neta	
Impuesto	
Gastos de Emisión	
PRIMA TOTAL	

Numero de Pagos:

9. Forma de Pago

Ventanilla Descuento por Nómina o Planilla Tarjeta de Crédito/debito
Cuenta de Ahorro Cuenta de Cheques 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: Crédito Visa Master Card American Express
Debito

Vencimiento de la Tarjeta: Mes: _____ Año: _____

Banco emisor de la Tarjeta: _____ Moneda: LPS USD

Titular de la Tarjeta: _____

* Sí 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 Davivienda:

Tipo de Cuenta: Ahorro Cheques Moneda: LPS USD

Titular de la Cuenta: _____

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.

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.

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.davivienda.com.hn

Lugar y Fecha:

Para uso exclusivo de la Compañía de Seguros

Firma del Solicitante

Firma de Aprobación

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