SEGURO DE VIDA 2000

CONDICIONES PARTICULARES

ASEGURADO

DOMICILIO

Agente

No. PÓLIZA

No. EXPEDIENTE

VIGENCIA DESDE

VIGENCIA HASTA

FECHA EMISIÓN

No. RECIBO

Suma Asegurada Total	Prima Total	Plan	No. Pagos

Nacimiento	Edad	Sexo	Plazo Seguro	Año

COBERTURA	SUMA ASEGURADA
BÁSICA POR FALLECIMIENTO	
COBERTURAS ADICIONALES	
RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACION POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE	
ENFERMEDADES GRAVES	
DOBLE Y TRIPLE INDEMNIZACION POR MUERTE ACCIDENTAL Y PERDIDAS ORGÁNICAS	
PAGO ANTICIPADO DE LA SUMA ASEGURADA POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE	

PROGRAMA DE PAGOS

DESCRIPCIÓN DEL PLAN

SEGURO VIDA 2000, es un plan anual renovable de protección mediante el cual **LA COMPAÑÍA** garantiza que en caso de fallecimiento del asegurado, ocurrido durante la vigencia del seguro, pagará a los beneficiarios designados e inscritos en esta póliza, la suma asegurada correspondiente en la moneda que haya sido contratada.

Firmado en Tegucigalpa, M.D.C., República de Honduras, C. A., en la Fecha de Emisión y emitido por

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros, según Resolución Registro POL GPU No.31/28-02-2020 y modificado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No. 21/24-06-2025.

Seguros Bolívar Honduras S.A. (SEGUROS DAVIVIENDA)
RTN:08019004236284
Tegucigalpa:Oficina Principal Davivienda, 2do Nivel Intersección Blvd. Suyapa y Blvd. Centroamérica.Tegucigalpa, Honduras C.A.
San Pedro Sula: Barrio Guamilito primera calle, 7 Ave. Nor Oeste, Edificio corporativo Banco DAVIVIENDA.
La Ceiba: Barrio el Centro Ave. La Republica, 10 calle
honduras_segurosCob@davivienda.com.hn TEL:(504) 2275-1111

NOTA:
Los documentos emitidos por las instituciones de seguros representan documentos fiscales válidos ante el SAR, sin requerir autorización por parte de este ente fiscal, de acuerdo a lo establecido en el Acuerdo 725 - 2018 publicado en el diario oficial La Gaceta el dia 12 de noviembre de 2018, Articulo No.8 "Otros Comprobantes".

ASEGURADO

RTN

DOMICILIO

Agente

No. PÓLIZA

No. EXPEDIENTE

VIGENCIA DESDE

VIGENCIA HASTA

FECHA EMISIÓN

No. RECIBO

DESCRIPCIÓN		
VIDA 2000	**PRIMA** **GASTOS DE EMISIÓN**	
	SUB TOTAL EXENTO **SUB TOTAL EXONERADO** **SUB TOTAL GRAVADO** **IMPUESTO S/VENTA**	
	TOTAL A PAGAR	

DETALLE DE PAGOS

FECHA DE VENCIMIENTO	*VALOR*	*FECHA DE VENCIMIENTO*	*VALOR*	*FECHA DE VENCIMIENTO*	*VALOR*

DATOS ADQUIRIENTE EXONERADO

NÚMERO DE CORRELATIVO DE ORDEN DE COMPRA EXENTA

NÚMERO DE CORRELATIVO CONSTANCIA REGISTRO DE EXONERADO

NÚMERO IDENTIFICADO SAG

En caso que el asegurado o contratante autoriza pólizas en moneda extranjera deberá pagar su prima de seguros en moneda extranjera o su equivalente en Lempiras al tipo de cambio vigente en la fecha de pago.

ORIGINAL: CLIENTE
COPIA: OBLIGADO TRIBUTARIO EMISOR

ORIGINAL

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros, según Resolución Registro POL GPU No.31/28-02-2020 y modificado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No. 21/24-06-2025.

SEGURO VIDA **2000**

ORIGINAL

ASEGURADO		**No. PÓLIZA**	
DOMICILIO		**No. EXPEDIENTE**	
		VIGENCIA DESDE	
		VIGENCIA HASTA	
		FECHA EMISIÓN	

Nacimiento	***Edad***	***Sexo***

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

Principales

Nombre	**Parantesco**	**Participación**

OBSERVACIONES DEL ASEGURADO SOBRE LA DESIGNACIÓN DE BENEFIARIOS

Firmado en Tegucigalpa, M.D.C., República de Honduras, C. A., en la Fecha de Emisión y emitido por

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros, según Resolución Registro POL GPU No.31/28-02-2020 y modificado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No. 21/24-06-2025.

SEGURO VIDA 2000

ORIGINAL

ASEGURADO

DOMICILIO

No. PÓLIZA

No. EXPEDIENTE

VIGENCIA DESDE

VIGENCIA HASTA

FECHA EMISIÓN

Nacimiento	*Edad*	*Sexo*	*Plan*

DESIGNACIÓN DE CESIONARIOS

Suma Contratada:

Prima Programada Anual:

Nombre	Relación	Participación
.		

COBERTURA	SUMA ASEGURADA CONTRATADA
BÁSICA POR FALLECIMIENTO	
COBERTURAS ADICIONALES	
RENTA DIARIA POR HOSPITALIZACION POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE	
ENFERMEDADES GRAVES	
DOBLE Y TRIPLE INDEMNIZACION POR MUERTE ACCIDENTAL Y PERDIDAS ORGÁNICAS	
PAGO ANTICIPADO DE LA SUMA ASEGURADA POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE	

OBSERVACIONES DEL ASEGURADO SOBRE LA DESIGNACIÓN DE CESIONARIOS:

La presente Póliza ha sido cedida en garantía al o los Cesionarios designados, traspasándole automáticamente los derechos del Asegurado y Beneficiarios.

Si los derechos del Cesionario fueren menores a la Suma Asegurada, los remanentes serán pagados a los Beneficiarios designados e inscritos en la Póliza.

Firmado en Tegucigalpa, M.D.C., República de Honduras, C. A., en la Fecha de Emisión y emitido por

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros, según Resolución Registro POL GPU No.31/28-02-2020 y modificado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No. 21/24-06-2025.