



Cotización No.

Expediente No.

Marcar con la opción escogida

1. Datos generales del Asegurado

Persona Natural Comerciante Individual

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	RTN
Tarjeta de Identidad <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Carnet de Residente <input type="checkbox"/> No. de Identificación:				
Lugar de Nacimiento		Fecha de Nacimiento	Edad	Nacionalidad
Ciudad	País	D M A		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
¿Es zurdo?: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Estado Civil: Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/>				
Ocupación Actual	Asalariado <input type="checkbox"/>	Independiente <input type="checkbox"/>	Pensionado <input type="checkbox"/>	Ama de Casa <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/>
Nombre del Cónyuge:	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
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="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
Nombre del Negocio:				
Circuito/Actividad del Negocio:			URMO/PRELAFI	
¿Ha desempeñado un Cargo Público en los últimos cuatro (4) años? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
Nombre de la Institución		Nombre del cargo desempeñado	Desde	Hasta
Si su ocupación actual es Ama de casa o Estudiante complete lo siguiente:				
Nombre completo de la persona de quien depende económicamente:				
No. De Identificación	Relación o afinidad		Actividad económica	

Dirección Completa de Residencia:

Cobro

Notificaciones

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

Dirección Completa de Trabajo:

Cobro

Notificaciones

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

Por favor seleccione en cuál dirección desea que se realicen los cobros y notificaciones de la póliza de seguro.



Información Financiera del Asegurado

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: Ingreso total anual L.:

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

2. Datos Generales del Contratante (Sólo si es diferente que el Asegurado)

2.1 En caso de ser Persona Natural/Representante Legal

Expediente No. _____

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		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? <input type="radio"/> 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? <input type="radio"/> 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/harrin/colonia,bloque,avenida,calle,edificio		
Punto de referencia	Departamento	Municipio
Correo electrónico	Teléfono	Fax

Información Financiera del Representante Legal/Persona Autorizada para Contratar

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: 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):

22 En caso de que el Contratante sea: Persona Jurídica Empresa de Gobierno Entidad Supervisada ONG

Datos Generales del Contratante

Razón Social		Nombre Comercial	
Tipo de Capital: Pública <input type="radio"/> Privada <input type="radio"/> Mixta <input type="radio"/> 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="radio"/> No <input type="radio"/>			
Nombre del Grupo Financiero o Económico:			
¿La Empresa cuenta con filiales en el extranjero? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		¿Dónde?	
¿La Empresa previene y controla el lavado de activos y financiamiento al terrorismo? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>			
Proveedores Principales			
Nombre Completo		Nombre Comercial	





Datos de la cuenta Bancaria

* No. De Cuenta Bancaria en Davivienda:

Tipo de Cuenta: Ahorro Cheques Moneda: LPS USD

Titular de la Cuenta:

4. Programa de Coberturas

Descripción	Suma Propuesta
Básica por Fallecimiento	USD <input type="radio"/> HNL <input type="radio"/>
Coberturas Adicionales	
Doble Indemnización por Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas (DIMAP)	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Enfermedades Graves	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Pago Anticipado de la Suma Asegurada por Invalidez Total y Permanente (PASIT)	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Renta Diaria Por Hospitalización por Accidentes o Enfermedad	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>

5. Programa de Aportaciones

Prima Programada Anual	Nº de Pagos	Prima pagadera en
<input type="text"/>	<input type="text"/>	USD <input type="radio"/> HNL <input type="radio"/>

En caso de pagar con cheque solamente expedir cheque a nombre de : SEGUROS BOLÍVAR HONDURAS S.A. (Seguros Davivienda)

6. Hábitos, Aviación y Deportes (En caso afirmativo especifique cada concepto)

Actualmente	Clase	Cantidad	Frecuencia
a. ¿Fuma? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>			
b. ¿Ingiere bebidas alcohólicas? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>			
c. ¿Utiliza drogas o estimulantes? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>			
d. Si dejó de utilizar alguno de estos productos, mencione lapso, fecha en que lo suspendió y causa:			
e. ¿Es usted piloto de aviación o pasajero de vuelos particulares o con itinerario irregular? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>			
* En caso afirmativo deberá llenar cuestionario específico			
f. ¿Qué deporte(s) practica? * En caso de deportes de alto riesgo llenar cuestionario específico			

7. Cuestionario para Solicitud sin Examen Médico

Historial Familiar			
Edad	Estado de Salud	Edad al Morir	Causas de la Muerte
Padre			
Madre			
Cónyuge			
Hijos			

8. Estado de Salud y Algunos Antecedentes

a. ¿Padece actualmente alguna enfermedad? Si No

b. ¿Ha consultado algún médico en los últimos 24 meses? Si No

c. ¿Esta sujeto a algún tratamiento médico? Si No

d. ¿Ha sido intervenido quirúrgicamente? Si No

¿Tiene cirugías pendientes? Si No

Diagnóstico:

Médico tratante, Hospital o Clínica:

e. ¿Usted ha sufrido algún tipo de accidente? Tipo de accidente: Secuela:

Médico tratante, hospital o clínica:





f. ¿Ha padecido o padece de?						
Reumatismo	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	Desmayos o ataques	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	
Enfermedades del corazón	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	Operaciones quirúrgicas	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	
Presión arterial alta	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	Síndrome de Inmune Deficiencia Adquirida (SIDA)	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	
Enfermedades de los bronquios o pulmones	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	Alguna otra enfermedad	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	
Gastritis o úlceras péptica	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	Análisis de:	Laboratorio	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
Enfermedades del hígado o de la vesícula biliar	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>		Radiografías	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
Enfermedades de riñones	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>		Electrocardiogramas	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
Próstata o vejiga	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>		Otros	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
Diabetes	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	¿Ha sido hospitalizado?	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	
Algún tumor	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>				

g. Cuestionario Para Mujeres					
¿Alguna enfermedad en la matriz?	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	¿Está embarazada?	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
¿Alguna enfermedad en los ovarios?	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	Fecha de última menstruación: _____		
¿Alguna enfermedad en los pechos?	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>			

h. Información Adicional ante cualquier Respuesta Afirmativa:					
Fecha	Enfermedad	Tratamiento	Duración	Médico tratante	Estado Actual

i. Estatura: _____	Peso: _____	¿Ha variado su peso en el último año?	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	Aumento: _____	Disminución: _____
j. ¿Le hace falta algún miembro o parte de él?		Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	Detalle hasta donde: _____		
¿Tiene alguna deformación?		Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	Explique: _____		
k. Estado de la vista del ojo derecho:		Estado de la vista del ojo izquierdo:				
Estado audición oído derecho:		Estado audición oído izquierdo:				
L. Datos del Médico de cabecera o tratante:						
Nombre completo: _____						
Dirección: _____						

9. Otros Seguros de Vida				
Actualmente cuenta con otros seguros de vida o de accidentes personales (AP)? Si <input type="radio"/>			No <input type="radio"/>	
Compañía	Suma Asegurada Vida	Suma Asegurada Accidentes Personales		
¿Alguna otra Compañía lo ha rechazado o extraprimado? Si <input type="radio"/>				No <input type="radio"/>
¿Que Compañía?: _____				
Siniestro ocurridos en los últimos tres (3) años:				
¿Actualmente está solicitando otro seguro?		Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	¿Qué tipo de Seguro?
Suma asegurada solicitada:		Compañía a la que solicita:		





10. Beneficiarios

El Asegurado debe designar beneficiarios en forma clara y precisa, para evitar cualquier incertidumbre sobre el particular. La designación de beneficiarios atribuye a la persona, en cuyo favor se hace, un derecho propio al crédito derivado del seguro.

Beneficiarios Principales

Nombre completo y apellidos	No. Identidad	Dirección	Parentesco con el Solicitante	Fecha de Nacimiento			Expediente No. Uso Oficina
				D	M	A	

Beneficiarios Contingentes

Nombre completo y apellidos	No. Identidad	Dirección	Parentesco con el Solicitante	Fecha de Nacimiento			Expediente No. Uso Oficina
				D	M	A	

11. Cesionario

Nombre Completo de Cesionario	Suma a Endosar	Porcentaje	Expediente

Observaciones

12. Referencias del Asegurado

Nombre	Domicilio	Teléfono

Autorizaciones

IMPORTANTE PARA EL CONTRATANTE Y/O EL SOLICITANTE (DEBE LEERLO ANTES DE FIRMAR)

De acuerdo al Código de Comercio de la república de Honduras, las declaraciones inexactas y las reticencias del contratante, relativas a circunstancias tales que el asegurador no habría dado su consentimiento o no lo habría dado en las mismas condiciones si hubiese conocido el verdadero estado de las cosas, serán causas de anulación del contrato, cuando el contratante haya obrado con dolo o con culpa grave.

En consecuencia, la declaración inexacta o falsa de un hecho importante que se les pregunte, podría originar la pérdida de los derechos del asegurado o de los beneficiarios en su caso.

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.

Asímismo, 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.





Autorizo a los Médicos, Hospitales o Instituciones que me hayan examinado o asistido para diagnóstico o tratamiento de cualquier enfermedad, para que proporcionen a SEGUROS BOLÍVAR HONDURAS, S.A. (DAVIVIENDA SEGUROS) todos los informes concernientes a mi estado de salud anterior y actual; y hago constar que una copia fotostática de esta autorización tiene el mismo valor que la original. Esta información puede ser requerida al momento de presentar mi solicitud de seguro, en caso de fallecimiento o en cualquier momento en que la Compañía de Seguros lo considere oportuno.

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

Lugar y Fecha:

Firma del Solicitante	Firma del Contratante

En caso de solicitantes menores de edad, se requiere la firma del representante Legal.		Firma
Nombre del Representante	Parentesco	

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

LA0220
Febrero 2020

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

