

# Seguro Colectivo de Vida

Solicitud de Seguro contratante



Expediente No.

No. de Póliza:

Marcar con ☒ la opción escogida

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

|                                                                                                                                        |           |                             |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------------------------|-----|
| Razón Social                                                                                                                           |           | Nombre Comercial            |     |
| <br>                                                                                                                                   |           | <br>                        |     |
| 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 de empleados:            |     |
| No. Inscripción en Registro Mercantil (anexar copia escritura social)                                                                  |           | País de Constitución        |     |
| <br>                                                                                                                                   |           | <br>                        |     |
| 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            |     |
| <br>                                                                                                                                   |           | <br>                        |     |
| <br>                                                                                                                                   |           | <br>                        |     |

## Información Financiera

| Montos declarados |                 | Ingresos              | Egresos               | Montos declarados |                 | Activos               | Pasivos               |
|-------------------|-----------------|-----------------------|-----------------------|-------------------|-----------------|-----------------------|-----------------------|
| L 00.01           | L 250,000.00    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | L 00.01           | L 500,000.00    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| L 250,000.01      | L 500,000.00    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | L 500,000.01      | L 1,000,000.00  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| L 500,000.01      | L 1,000,000.00  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | L 1,000,000.01    | L 3,000,000.00  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| L 1,000,000.01    | L 3,000,000.00  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | L 3,000,000.01    | L 5,000,000.00  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| L 3,000,000.01    | L 5,000,000.00  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | L 5,000,000.01    | L 10,000,000.00 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| L 5,000,000.01    | L 10,000,000.00 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | L 10,000,000.01   | L 15,000,000.00 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| L 10,000,000.01   | L 15,000,000.00 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | L 15,000,000.01   | L 20,000,000.00 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| L 15,000,000.01   | L 20,000,000.00 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | L 20,000,000.01   | L 30,000,000.00 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| L 20,000,000.01   | En adelante     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | L 30,000,000.01   | 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"/> |
| ¿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"/> Camet 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:** Cobro ☐ Notificaciones ☐

|                                                          |                        |           |
|----------------------------------------------------------|------------------------|-----------|
| 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               | 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"/>                 |                                                                                               |

(Campo Obligatorio)

**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. Otros Seguros de Vida

|                                                  |                                                   |
|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| ¿Tiene otros seguros con esta Compañía?          | Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> |
| ¿Qué tipo de Seguros?                            |                                                   |
| ¿En que otra compañía tiene o ha tenido seguros? |                                                   |
| ¿Qué tipo de Seguros?                            | Suma Asegurada                                    |
| Sinistro Ocurridos en los últimos tres (3) años: |                                                   |

5. Programa de Coberturas

| Descripción                                                                           |           |           |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|
| <b>Cobertura Básica:</b>                                                              |           |           |
| 1. Fallecimiento                                                                      | <b>Sí</b> | <b>No</b> |
| <b>Coberturas Adicionales:</b>                                                        |           |           |
| 1. Gastos de Repatriación                                                             | <b>Sí</b> | <b>No</b> |
| 2. Doble Indemnización por Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas (DIMAP)             | <b>Sí</b> | <b>No</b> |
| 3. Pago Anticipado de la Suma Asegurada por Invalidez Total y Permanente (PASIT)      | <b>Sí</b> | <b>No</b> |
| 4. Ayuda para Funerales Últimos Gastos                                                | <b>Sí</b> | <b>No</b> |
| 5. Pago Anticipado Parcial de la Suma Asegurada Básica en Caso de Enfermedad Terminal | <b>Sí</b> | <b>No</b> |
| 6. Gastos Médicos y Hospitalarios                                                     | <b>Sí</b> | <b>No</b> |
| 7. Seguro de Desempleo                                                                | <b>Sí</b> | <b>No</b> |

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

## 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.

### Dedación 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.

### Dedación 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.

|                                                     |  |                     |
|-----------------------------------------------------|--|---------------------|
| Lugar y Fecha:                                      |  |                     |
| <b>Firma y Sello del Contratante</b>                |  |                     |
|                                                     |  |                     |
| <b>Para uso exclusivo de la Compañía de Seguros</b> |  |                     |
| Aprobado por:                                       |  | Fecha 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:                                                                                                                                                                                          | <b>Firma del responsable de la entrevista</b> |                                                   |
| Departamento:                                                                                                                                                                                    |                                               |                                                   |
| Fecha:                                                                                                                                                                                           |                                               |                                                   |