

SOLICITUD DE SEGURO DAVIDA PROTECCIÓN FAMILIA

Expediente No

1. Datos Generales del asegurado										Marcar con ☒ la opción escogida		Persona Natural ☐	Comerciante Individual ☐		
Primer Nombre		Segundo Nombre		Primer Apellido		Segundo Apellido		RTN							
D.N.I. ☐		Pasaporte ☐		Carnet de Residente ☐		No. de Identificación:									
Lugar de Nacimiento				Fecha de Nacimiento		Edad		¿Hondureño(a)? Si No		Genero					
Ciudad		País		D	M	A			Otra Nacionalidad		F ☐	M ☐			
¿Es zurdo? Si ☐ No ☐		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		Total Tiempo Laborado			
Si su ocupación actual es ama de casa o estudiante complete lo siguiente:															
Nombre completo de la persona de quien depende económicamente:															
Tipo de Identificación DNI/Pasaporte/Carnet Res.			No. de Identificación			Relación Afinidad			Actividad económica						

Dirección Completa de Residencia

Cobro

Notificaciones

Residencial/ barrio/ colonia, bloque, avenida, calle, casa					
Punto de Referencia		Departamento		Municipio	
País de Residencia	Correo electrónico	Cód. de Área	Teléfono de residencia	Cód. de Área	Celular

Dirección Completa de Trabajo

Cobro

Notificaciones

Residencial/ barrio/ colonia, bloque, avenida, calle, casa					
Punto de Referencia		Departamento		Municipio	
País	Correo electrónico	Cód. de Área	Teléfono	Cód. de Área	Fax

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

Información Financiera del Asegurado:

Montos declarados	Ingresos	Egresos	Montos declarados		Activos	Montos declarados		Pasivos
De 0 a 3 Salarios mínimos	☐	☐	-	L 1,000,000.00	☐	-	L 500,000.00	☐
De 4 a 6 Salarios mínimos	☐	☐	L 1,000,001.00	L 3,000,000.00	☐	L 500,001.00	L 1,000,000.00	☐
De 7 a 10 Salarios mínimos	☐	☐	L 3,000,001.00	L 5,000,000.00	☐	L 1,000,001.00	L 3,000,000.00	☐
De 11 a 20 Salarios mínimos	☐	☐	L 5,000,001.00	L 7,500,000.00	☐	L 3,000,001.00	L 5,000,000.00	☐
De 21 a 50 Salarios mínimos	☐	☐	L 7,500,001.00	L 10,000,000.00	☐	L 5,000,001.00	L 7,500,000.00	☐
De 51 Salarios mínimos en adelante	☐	☐	L 10,000,001.00	L 999,999,999.00	☐	L 7,500,001.00	L 10,000,000.00	☐
						L 10,000,001.00	L 999,999,999.00	☐

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 monto en Lempiras	Tipo de Moneda:	Dólar ☐	Euro ☐	Otra ☐

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 número telefónico: (504) _____
☐ Correspondencia electrónica (Email). Favor brindar el correo electrónico: _____

2. DATOS GENERALES DEL CONTRATANTE (SÓLO SI ES DIFERENTE QUE AL ASEGURADO)
Expediente No

2.1. En caso de ser Persona Natural / Representante Legal									
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido			Segundo Apellido			RTN	
D.N.I. ☐	Pasaporte ☐	Carnet de Residente ☐			No. de Identificación:				
Lugar de Nacimiento		Fecha de Nacimiento			Edad	¿Hondureño(a)? Si ☐ No ☐		Genero	
Ciudad	País	D	M	A	Otra Nacionalidad		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	Total tiempo laborado			

Dirección Completa de Residencia
☐ Cobro

Notificaciones

☐

Residencial/ barrio/ colonia, bloque, avenida, calle, casa					
Punto de Referencia		Departamento		Municipio	
País de Residencia	Correo electrónico	Cód. de Área	Teléfono de residencia	Cód. de Área	Celular

Dirección Completa de Trabajo

 Cobro ☐

Notificaciones

☐

Residencial/ barrio/ colonia, bloque, avenida, calle, casa					
Punto de Referencia		Departamento		Municipio	
País	Correo electrónico	Cód. de Área	Teléfono de residencia	Cód. de Área	Celular

Información Financiera del Representante Legal / Persona Autorizada para contratar:

Montos declarados	Ingresos	Egresos
De 0 a 3 Salarios mínimos	☐	☐
De 4 a 6 Salarios mínimos	☐	☐
De 7 a 10 Salarios mínimos	☐	☐
De 11 a 20 Salarios mínimos	☐	☐
De 21 a 50 Salarios mínimos	☐	☐
De 51 Salarios mínimos en adelante	☐	☐

Montos declarados	Activos
-	L 1,000,000.00 ☐
L 1,000,001.00	L 3,000,000.00 ☐
L 3,000,001.00	L 5,000,000.00 ☐
L 5,000,001.00	L 7,500,000.00 ☐
L 7,500,001.00	L 10,000,000.00 ☐
L 10,000,001.00	L 999,999,999.00 ☐

Montos declarados	Pasivos
-	L 500,000.00 ☐
L 500,001.00	L 1,000,000.00 ☐
L 1,000,001.00	L 3,000,000.00 ☐
L 3,000,001.00	L 5,000,000.00 ☐
L 5,000,001.00	L 7,500,000.00 ☐
L 7,500,001.00	L 10,000,000.00 ☐
L 10,000,001.00	L 999,999,999.00 ☐

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 monto en Lempiras	Tipo de Moneda:	Dólar ☐	Euro ☐	Otra ☐
¿Posee productos de Banco Davivienda?		Si ☐ No ☐	Tipo de Producto(s):		

2.2. EN CASO DE QUE EL CONTRATANTE SEA:
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 completo del Contador:					
No. Inscripción en Registro Mercantil (anexar copia escritura social)		País de Constitución		Fecha de Constitución	
				D	M
Dirección Completa:					
Departamento	Municipio	Cód. de Área	Teléfono	Cód. de Área	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		

Texto Registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro-POL CPU No. 42/15-10-2025.

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
DNI			
DNI			
DNI			
DNI			
DNI			

En caso de tener más accionistas reportar la totalidad accionaria en una Hoja Adicional.

Favor indicarnos los miembros que forman parte de la Junta Directiva	
Nombre	Puesto que desempeña en la Junta Directiva

En caso de tener más miembros de la Junta Directiva reportar en una Hoja Adicional.

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 número telefónico: (504) _____
☐ Correspondencia electrónica (Email). Favor brindar el correo electrónico: _____

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 monto en Lempiras		Tipo de Moneda:	Dólar ☐ Euro ☐ Otra ☐	
¿Posee productos de Banco Davivienda?	Si	No	Tipo de Producto(s):		

3. Forma de Pago		
Ventanilla ☐	Descuento por Nómina o Planilla ☐	Tarjeta de Crédito/Debito ☐
Cuenta de Ahorro ☐	Cuenta de Cheques ☐	Extra Financiamiento ☐
* Si su pago es a través de Extra Financiamiento no debe completar la información de "Datos de la Tarjeta"		

Datos de la Tarjeta															
No. de Tarjeta:															
Tipo de Tarjeta:	Crédito ☐	Débito ☐			Visa ☐		Master Card ☐		American Express ☐						
Vencimiento de la Tarjeta:	Mes:				Año:										
Banco Emisor de la Tarjeta:											Moneda	LPS	☐	USD	☐
Titular de la Tarjeta:															
* Si su tarjeta es de débito, favor detalle información de su cuenta bancaria en las siguientes casillas.															

Datos dela Cuenta Bancaria

* No. de Cuenta Bancaria en Davivienda:																			
Tipo de Cuenta:		Ahorro ☐		Cheque ☐		Moneda				LPS ☐		USD ☐							
Titular de la Cuenta:																			

4. COBERTURAS Y PLANES ASEGURADOS

4.1 COBERTURAS Y PLANES EN LEMPIRAS

	PLAN 1 ☐	PLAN 2 ☐	PLAN 3 ☐	PLAN 4 ☐	PLAN 5 ☐
Coberturas Básicas					
a) Básica por Fallecimiento	Lps. 25,000.00	Lps. 50,000.00	Lps. 100,000.00	Lps. 200,000.00	Lps. 250,000.00
b) Gastos fúnebres por fallecimiento del Asegurado	Lps. 2,500.00	Lps. 5,000.00	Lps. 10,000.00	Lps. 20,000.00	Lps. 25,000.00
Coberturas Adicionales:					
- Pago anticipado del capital por invalidez Total y Permanente (PASIT)	Lps. 25,000.00	Lps. 50,000.00	Lps.100,000.00	Lps. 200,000.00	Lps. 250,000.00
- Cobertura de Enfermedades Graves	Lps.12,500.00	Lps. 25,000.00	Lps. 50,000.00	Lps. 100,000.00	Lps. 125,000.00
-Beneficio de Renta Diaria por Hospitalización por Accidente o Enfermedad	Lps. 125.00	Lps. 250.00	Lps. 500.00	Lps. 1,000.00	Lps. 1,250.00

	PLAN 6 ☐	PLAN 7 ☐	PLAN 8 ☐	PLAN 9 ☐
Coberturas Básicas				
a) Básica por Fallecimiento	Lps. 500,000.00	Lps. 750,000.00	Lps. 1,000,000.00	Lps. 1,500,000.00
b) Gastos fúnebres por fallecimiento del Asegurado	Lps. 50,000.00	Lps. 75,000.00	Lps. 100,000.00	Lps. 150,000.00
Coberturas Adicionales:				
- Pago anticipado del capital por invalidez Total y Permanente (PASIT)	Lps. 500,000.00	Lps. 750,000.00	Lps.1,000,000.00	Lps.1,500,000.00
- Cobertura de Enfermedades Graves	Lps.250,000.00	Lps. 375,000.00	Lps. 500,000.00	Lps. 750,000.00
-Beneficio de Renta Diaria por Hospitalización por Accidente o Enfermedad	Lps. 2,500.00	Lps. 3,750.00	Lps. 5,000.00	Lps. 7,500.00

4.2 COBERTURAS Y PLANES EN DOLARES

	PLAN 1 ☐	PLAN 2 ☐	PLAN 3 ☐
Coberturas Básicas			
a) Básica por Fallecimiento	\$ 10,000.00	\$ 20,000.00	\$ 30,000.00
b) Gastos fúnebres por fallecimiento del Asegurado	\$ 1,000.00	\$ 2,000.00	\$ 3,000.00
Coberturas Adicionales			
- Pago anticipado del capital por invalidez Total y Permanente (PASIT)	\$ 10,000.00	\$ 20,000.00	\$ 30,000.00
- Cobertura de Enfermedades Graves	\$ 5,000.00	\$ 10,000.00	\$ 15,000.00
- Beneficio de Renta Diaria por Hospitalización por Accidente o Enfermedad	\$ 50.00	\$ 100.00	\$ 150.00

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

5. PROGRAMA DE APORTACIONES

Prima Programada Anual	No. de Pagos	Prima Pagadera en
		USD HNL

6. CUESTIONARIO MÉDICO

¿Padece de Diabetes?	Sí ☐ No ☐	¿Padece de Cardiopatías?	Sí ☐ No ☐
¿Padece de Insuficiencia Renal?	Sí ☐ No ☐	¿Padece de Leucemia?	Sí ☐ No ☐
¿Padece de SIDA?	Sí ☐ No ☐	Estatura (Mts):	
¿Padece de Arteriosclerosis?	Sí ☐ No ☐	Peso Libras:	
¿Padece o ha Padecido de Cáncer?	Sí ☐ No ☐	Masa Corporal:	

7. INFORMACIÓN ADICIONAL

Ha padecido o padece de enfermedades tales como: Aneurismas, Arterioesclerosis, Ataques o Convulsiones, Cáncer y/o tumores benignos, Depresiones por enfermedades mentales o psiquiátricas, Derrame cerebral, Diabetes, Dolores de cabeza, Epilepsia, Gastro intestinales, Gibosos (jorobas), Gota, Parkinson, Tuberculosis, Vértigos o desmayos, de la tiroides, del Cerebro y Nervios, del Corazón, de la Columna, de la Vista, de la Sangre, de las vías Urinarias o Riñones, del Hígado, de los oídos o audición, de los órganos Reproductivos, de las Vías Respiratorias, de la Piel, de los Pulmones, Hipertensión o Hipotensión Arterial, Angina de pecho, Palpitaciones, Disnea (cansancio), Neurastenia, Parálisis; Enfermedades venéreas u otro padecimiento no mencionado anteriormente.

Sí ☐ No ☐

En caso de ser afirmativo detallar:

Diagnóstico:	Fecha:	D	M	A
Médico Tratante:	Hospital o Clínica:			

LLENAR ANTE CUALQUIER RESPUESTA AFIRMATIVA

8. CUESTIONARIO MÉDICO

¿Usted ha sido intervenido quirúrgicamente?		Sí ☐ No ☐		¿Tiene Cirugías Pendientes?		Sí ☐ No ☐	
Diagnóstico:		Fecha:		D	M	A	
Médico Tratante:		Hospital o Clínica:					
¿Usted ha recibido tratamiento médico en los últimos años?							
Diagnóstico:		Fecha:		D	M	A	
Médico Tratante:		Hospital o Clínica:					
¿Usted tiene algún impedimento físico?							
Diagnóstico:		Fecha:		D	M	A	
Médico Tratante:		Hospital o Clínica:					
¿Usted ha sufrido algún tipo de accidente?							
Tipo de accidente:		Fecha del accidente:		D	M	A	
Secuelas:							
Médico Tratante:		Hospital o Clínica:					

9. BENEFICIARIOS (Son de Libre Designación)

Nombres y apellidos:	Participación (%):	Parentesco:

10. BENEFICIARIOS CONTINGENTES

Nombres y apellidos:	Participación (%):	Parentesco:

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.

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.

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

debidamente 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 INTERMEDIARIO 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.

12. 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 cuándo conoce personalmente al solicitante?			
¿Le consta que el cliente completó y firmó la Solicitud?		SI ☐	NO ☐
¿Conoce Ud. Algún riesgo especial en la ocupación, o giro del Solicitante?		SI ☐	NO ☐
Especifique Informe que mi relación con el potencial cliente es de tipo:			
Familiar ☐		Personal ☐	Referido ☐
		Ninguna ☐	
¿Considera que el valor de los bienes objeto del seguro guardan relación con la actividad del cliente y su capacidad económica?		SI ☐	NO ☐
¿Con fundamento en los resultados obtenidos en las respuestas formuladas anteriormente, el resultado de la entrevista y las demás verificaciones y análisis que considero necesarias para conocer al cliente, Lo recomienda como solicitante de este seguro?		SI ☐	NO ☐
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			

EN CASO DE SOLICITANTES MENORES DE EDAD, SE REQUIERE LA FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

Nombre del Representante	Parentesco	Firma

PARA USO EXCLUSIVO DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS

Aprobado por	Fecha de Aprobación

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

Fecha

Firma del Solicitante

Firma del Contratante

S-SV-DPFC-04-25