

SEGURO FLEXIAHORRO

SOLICITUD DE SEGURO

Expediente No

Marcar con la opción escogida

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		Genero F <input type="checkbox"/> M <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"/>
Nombre del Cónyuge	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
Ocupación Actual	Asalariado <input type="checkbox"/>	Independiente <input type="checkbox"/>	Pensionado <input type="checkbox"/>	Ama de casa <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/>
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:				
Giro/Actividad del Negocio			URMOPRELAFT	
¿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	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	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 de Trabajo	Cód. de Área	Celular

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
De 0 a 3 Salarios Mínimos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De 4 a 6 Salarios Mínimos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De 7 a 10 Salarios Mínimos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De 11 a 20 Salarios Mínimos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De 21 a 50 Salarios Mínimos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De 51 Salarios Mínimos en adelante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Montos declarados		Activos
-	L 1,000,000.00	<input type="radio"/>
L 1,000,001.00	L 3,000,000.00	<input type="radio"/>
L 3,000,001.00	L 5,000,000.00	<input type="radio"/>
L 5,000,001.00	L 7,500,000.00	<input type="radio"/>
L 7,500,001.00	L 10,000,000.00	<input type="radio"/>
L 10,000,001.00	L 999,999,999.00	<input type="radio"/>

Montos declarados		Pasivos
-	L 500,000.00	<input type="radio"/>
L 500,001.00	L 1,000,000.00	<input type="radio"/>
L 1,000,001.00	L 3,000,000.00	<input type="radio"/>
L 3,000,001.00	L 5,000,000.00	<input type="radio"/>
L 5,000,001.00	L 7,500,000.00	<input type="radio"/>
L 7,500,001.00	L 10,000,000.00	<input type="radio"/>
L 10,000,001.00	L 999,999,999.00	<input type="radio"/>

Detalle el origen de los recursos:

Ingreso total anual L.:

¿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 Monto en Lempiras	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):	

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

Expediente No.

II.1 En caso de ser Persona Natural/Representante Legal

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	RTN
DNI <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? Sí <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	Total tiempo laborado

Dirección Completa de Residencia

Cobro Notificaciones

Residencial/barrio/colonia, bloque, avenida, calle, casa					
Punto de referencia		Departamento		Municipio	
Pais 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	
Pais	Correo electrónico	Cód. de Área	Teléfono de Trabajo	Cód. de Área	Celular

Información Financiera del Representante Legal/Persona Autorizada para Contratar

Montos declarados	Ingresos	Egresos
De 0 a 3 Salarios Mínimos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De 4 a 6 Salarios Mínimos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De 7 a 10 Salarios Mínimos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De 11 a 20 Salarios Mínimos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De 21 a 50 Salarios Mínimos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De 51 Salarios Mínimos en adelante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Montos declarados		Activos
-	L 1,000,000.00	<input type="radio"/>
L 1,000,001.00	L 3,000,000.00	<input type="radio"/>
L 3,000,001.00	L 5,000,000.00	<input type="radio"/>
L 5,000,001.00	L 7,500,000.00	<input type="radio"/>
L 7,500,001.00	L 10,000,000.00	<input type="radio"/>
L 10,000,001.00	L 999,999,999.00	<input type="radio"/>

Montos declarados		Pasivos
-	L 500,000.00	<input type="radio"/>
L 500,001.00	L 1,000,000.00	<input type="radio"/>
L 1,000,001.00	L 3,000,000.00	<input type="radio"/>
L 3,000,001.00	L 5,000,000.00	<input type="radio"/>
L 5,000,001.00	L 7,500,000.00	<input type="radio"/>
L 7,500,001.00	L 10,000,000.00	<input type="radio"/>
L 10,000,001.00	L 999,999,999.00	<input type="radio"/>

Detalle el origen de los recursos:

Ingreso total anual L.:

¿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 Monto en Lempiras	Tipo de Moneda:	Dólar <input type="radio"/> Euro <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/>

II. II En caso de que el Contratante sea:
Datos Generales
Persona Jurídica Empresa de Gobierno Entidad Supervisada ONG

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 completo del Contador:						
No. Inscripción en Registro Mercantil (anexar copia escritura social)		Pais de Constitución		Fecha de Constitución		
				D	M	A
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 <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			

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			

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

Favor indicamos 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.

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 checked="" 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: _____

Ingreso total anual L.: _____

¿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: Monto en lempiras	Tipo de Moneda: Dólar <input type="radio"/> Euro <input type="radio"/> Otra	
¿Posee Productos en Banco Davivienda? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		Tipo de Producto(s):	

III. Forma de Pago

Ventanilla <input type="radio"/>	Deducción por Nómina o Planilla <input type="radio"/>	Tarjeta de Crédito/Debito <input type="radio"/>
Cuenta de Ahorro <input type="radio"/>	Cuenta de Cheques <input type="radio"/>	Extra Financiamiento <input type="radio"/>
* 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 <input type="radio"/>	Débito <input type="radio"/>		Visa <input type="radio"/>	Master Card <input type="radio"/>	American Express <input type="radio"/>					
Vencimiento de la Tarjeta:	Mes:			Año:							
Banco emisor de la Tarjeta:							Moneda	LPS <input type="radio"/>	USD <input type="radio"/>		
Titular de la Tarjeta:											
* Si 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 <input type="radio"/>	Cheque <input type="radio"/>		Moneda	LPS <input type="radio"/>	USD <input type="radio"/>					
Titular de la Cuenta:											

IV. Programa de Coberturas			Plan:	Flexiahorro I <input type="radio"/>	Flexiahorro II <input type="radio"/>	
	Descripción	Suma Propuesta				
1	Básica por Fallecimiento Alternativa de Indemnización por Muerte A. Suma Asegurada más Fondo Acumulado A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> B. Suma Asegurada Nivelada	USD.				
Coberturas Adicionales						
2	Doble Indemnización por Muerte Accidental y Pérdidas Orgánicas (DIMAP)	USD.				
3	Exención del Costo del Seguro por Invalidez Total y Permanente (ESCIT)	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>				
4	Endoso de Protección al Cónyuge (EPCO) Nombre del Cónyuge:	USD.				
5	Endoso de Protección a Hijos (EPHI) Nombre de los Hijos:	USD.				
6	Endoso de Seguro Adicional (ESA)	USD.				
7	Endoso de Asegurado Adicional (EAA) Nombre del Asegurado Adicional:	USD.				
8	Endoso de Asegurado Adicional (EAA) Nombre del Asegurado Adicional:	USD.				
9	Endoso de Asegurado Adicional (EAA) Nombre del Asegurado Adicional	USD.				
10	Endoso de Anticipo por Enfermedad Terminal (ENTER)	Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>				

V. Programa de Aportaciones

Plazo Programado de Vigencia de la Póliza	Años (15 por Omisión)	Forma de Pago	
Plazo Programado de Pago de Primas		Annual <input type="radio"/>	Semestral <input type="radio"/>
Prima Programada Anual USD:	Aporte Inicial Adicional USD:		

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

VI. Hábitos, Aviación y Deportes (En caso afirmativo especifiqué 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			

VII. Cuestionario para Solicitud sin Examen Médico

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

VIII. Estado de Salud y Algunos Antecedentes

a. ¿Padece actualmente alguna enfermedad?	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>			
b. ¿Ha consultado algún médico en los últimos 24 meses?	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>			
c. ¿Está sujeto a algún tratamiento médico?	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>			
d. ¿Ha padecido o padece?					
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:		
Enfermedades del hígado o de la vesícula biliar	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>		Laboratorio	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Enfermedades de riñones	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>		Radiografías	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Próstata o vejiga	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>		Electrocardiogramas	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Diabetes	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>		Otros	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Algún tumor	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>	¿Ha sido hospitalizado?	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	

e. 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"/>			

f. Información Adicional Ante Cualquier Respuesta Afirmativa:

Fecha	Enfermedad	Tratamiento	Duración	Médico tratante	Estado Actual

g. Estatura: _____ Peso _____ ¿Ha variado su peso en el último año? Si No Aumento: _____ Disminución: _____

h. ¿Le hace falta algún miembro de su cuerpo o parte de él? Si No Detalle hasta donde: _____

¿Tiene alguna deformación? Si No Explique: _____

i. Estado de la vista del ojo derecho: _____ Estado de la vista del ojo izquierdo: _____

Estado audición oído derecho: _____ Estado audición oído izquierdo: _____

j. Datos del Médico de cabecera o tratante:

Nombre completo: _____

Dirección: _____

K. Cuestionario de COVID

1. ¿Tiene síntomas, padece o ha sido diagnosticado con COVID-19? Si No

a. En caso afirmativo, ¿estuvo hospitalizado? Sí No

b. Durante su hospitalización, ¿Requirió ingresar a cuidados intensivos? Sí No

c. ¿Se le realizó estudio de imagen pulmonar (rayos X o tomografía) con la cual le diagnosticaron neumonía? Sí No

d. ¿Qué tratamiento recibió durante la enfermedad?

Esteroides (Ej. Dexametasona) Tocilizumab Oxígeno Otros: _____

Remdesivir Anticoagulantes Antibióticos

2. ¿Ha sido vacunado contra el COVID-19? Sí No

a. ¿Cuántas dosis? _____ Fechas de aplicación: _____ Tipo de vacuna: _____

b. Anexar copia de carné de vacunación en caso afirmativo (opcional)

3. Posterior a su enfermedad ha presentado alguna de las siguientes secuelas:

Fatiga Insomnio Trastornos de memoria Depresión

Dificultad para respirar Malestar en el pecho Ansiedad

Tos Trastornos de concentración Trastorno de estrés posttraumático

4. ¿Fue evaluado o está siendo tratado por un médico especialista posterior a la enfermedad de COVID-19?

Sí No

a. ¿Nombre del médico que lo evaluó? _____

b. ¿Dónde fue evaluado? Hospital Clínica Casa de habitación

IX. Otros Seguros de Vida

¿Actualmente cuenta con otros seguros de vida o de accidentes personales (AP)? Si No

Compañía	Suma Asegurada Vida	Suma Asegurada Accidentes Personales

¿Alguna otra compañía lo ha rechazado o extra primado? Si No

¿Qué compañía?:

Siniestro ocurridos en los últimos tres (3) años:

¿Actualmente está solicitando otro seguro? Si No ¿Qué tipo de Seguro?

Suma asegurada solicitada (moneda dólar o lempiras):	Compañía a la que solicita:

X. 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	No. Identidad	Dirección	Parentesco con el Solicitante	%	Fecha de Nacimiento			Expediente No. Uso Oficina
					D	M	A	

Beneficiarios Contingentes

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

Observaciones del Asegurado sobre la designación de Beneficiarios:

(El solicitante deberá indicar aquí si tiene alguna disposición especial en caso de muerte de alguno de sus Beneficiarios Designados.)

XI. Referencias del Asegurado

Nombre	Domicilio	Cód Área	Teléfono

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: _____

XII. Acuerdo entre el Gobierno de Honduras y el Gobierno de los Estados Unidos para Mejorar el Cumplimiento Tributario Internacional e Implementar FATCA
(La información debe ser completada por el Contratante)

a) Persona Natural

Tiene usted que declarar fiscalmente a los Estados Unidos por tener:

1. País de Nacimiento Estados Unidos (EEUU) Si No

2. Nacionalidad, Ciudadanía o Pasaporte Americano (EEUU). Si No

Si su respuesta es "Si" favor indicar:

¿Tiene otras nacionalidades? Si No ¿Cuáles?:

3. Permiso de Residencia Legal en EEUU (Green Card). Si No

Si su respuesta es "Si" favor indicar:

¿Tiene residencia legal en otros países? Si No ¿Cuáles?:

4. ¿Ha permanecido en EEUU más de 30 días en este año? Si No

Si su respuesta es "Si" favor indicar:

¿Cuántos días estuvo este año? _____ Días

¿Cuántos días el año pasado? _____ Días

¿Hace tres años? _____ Días

¿Cuál fue el motivo de su viaje? Estudios Tratamiento Medico Actividades Diplomáticas

Otros:

Si todas las respuestas a los incisos 1 al 4 son "No", favor firmar la siguiente certificación. Por este medio declaro, que no soy una persona Estadounidense, ni tengo obligaciones fiscales con EE.U.U. de acuerdo a su legislación vigente.

Firma del Asegurado

Si alguna de las respuestas a los incisos 1 al 3 fue "Si" favor brindar su Número de Identificación Fiscal (TIN) en EEUU (Normalmente es su número de Seguro Social)

Número de Identificación Fiscal (TIN)

b. Persona Jurídica

1. ¿La empresa es sucursal, Filial o subsidiaria de otra Empresa? Si su respuesta es SI, favor indicar País de la Casa Matriz:	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
2. ¿La empresa es sujeto de tributación fiscal en Estados Unidos?	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
3. ¿La empresa cotiza en bolsa?	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
4. ¿Algunos de los socios con más del 5% de acciones de la Empresa es sujeto de tributación fiscal en Estados Unidos?	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
Si su empresa No es sujeta a Tributación Fiscal en Estados Unidos, favor firmar la siguiente certificación. Por este medio declaro, que mi representada no es una entidad Estadounidense, no existen socios estadounidenses que representen más del 5% de las acciones de la sociedad, ni tiene obligación fiscal con EE.UU de acuerdo a su legislación vigente.	Firma del Asegurado/Autorizado para contratar	
Si Respondió SI al inciso 2, favor brindar su Número de Identificación Fiscal en EE.U.U.		
Número de Identificación Fiscal (TIN)		

FATCA: EL CONTRATANTE declara conocer los términos del "Acuerdo entre el Gobierno de la República de Honduras y el Gobierno de los Estados Unidos de América para Mejorar el Cumplimiento Tributario Internacional e Implementar FATCA, por lo que se obliga a proporcionar a LA COMPAÑÍA toda la información que éste pueda requerir para cumplir con dicho acuerdo (Inclusive la relacionada con sus accionistas, cuando sea persona jurídica). EL CONTRATANTE acepta que cualquier inexactitud o falsedad en la información proporcionada o cualquier incumplimiento a los requerimientos de información, faculta a LA COMPAÑÍA para dar por terminado el presente contrato de forma inmediata y sin previa notificación.

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 asegurado 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 le 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. (DAVIENDA 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.

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 Asegurado Principal:

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

Información del Agente/Asesor de Seguros

Para ser completado por el funcionario, intermediario o asesor que realizó la entrevista

S-SV-SIFA-05-22

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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Conoce usted, algún riesgo especial en la ocupación, o giro del solicitante?		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Especifique:		
Informo que mi relación con el potencial cliente es de tipo:		Familiar <input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Referido <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/>
¿Considera que el valor de los bienes objeto de seguro guardan relación con la actividad del cliente y su capacidad económica?		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Con fundamento en la respuestas obtenidas, resultado de la entrevista y demás verificaciones, recomienda al cliente para solicitar el seguro?		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
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:		

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro Pol GPU No.46/23-11-2023.