

CERTIFICADO DE SEGURO

No.

A FAVOR DE:

(En adelante denominado El Asegurado)

Está protegido bajo el plan "MAX- PRO _"
contra los riesgos de Pérdida de la Vida a consecuencia de
accidente, por la cantidad de pagaderos a los beneficiarios o
designados o al propio Asegurado.

La vigencia es efectiva a partir de la fecha y hora de expedición de este **CERTIFICADO** por el
término de un año, renovable opcionalmente mediante el pago de la prima anual
establecida.

POR LA COMPAÑÍA

LUGAR, FECHA, Y HORA DE EXPEDICIÓN



No. CERTIFICADO: _____

No. DE EXPEDIENTE DEL ASEGURADO: _____

FORMULARIO DE ACEPTACIÓN

I. DATOS GENERALES DEL ASEGURADO

Por medio de este formulario confirmo a Davivienda Seguros, mi aceptación del plan de Seguro MAX PRO __, por la cantidad de; y que he entregado a la compañía el valor de la prima anual anticipada a razón de									
Primer nombre		Segundo nombre		Primer apellido		Segundo apellido		Apellido de casada	
<input type="checkbox"/> Tarjeta de identidad		<input type="checkbox"/> Carnet de residencia		<input type="checkbox"/> Pasaporte		Número de identificación:			
Lugar de nacimiento			Fecha de nacimiento		Edad		Nacionalidad		Sexo:
o/Colonia			o/Colonia						<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Es zurdo:		Estado civil:		<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado		<input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo		<input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Unión libre	
Nombre del cónyuge:		Primer nombre		Teléfono de res		Calle		Avenida	
Dirección completa del asegurado:						Calle		Avenida	
						Ciudad		Departamento	
						Ciudad		Otro teléfono	
Profesión u oficio:				Actividad económica principal:					
Ocupación actual:		<input type="checkbox"/> Asalariado <input type="checkbox"/> Estudiante		<input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Ama de casa		<input type="checkbox"/> Independiente		Posee negocio propio: <input type="checkbox"/> Si	
Nombre de empresa donde labora						Posición o cargo que desempeña		Tiempo de laborar en la empresa	
Dirección completa de lugar de trabajo:						Ciudad		Departamento	
Teléfono				Fax		Correo electrónico			

INFORMACIÓN FINANCIERA

INGRESOS Y EGRESOS	TOTAL, INGRESOS MENSUALES	TOTAL, EGRESOS MENSUALES	ACTIVOS Y PASIVOS (LEMPIRAS)	TOTAL, ACTIVOS	TOTAL PASIVOS
No tiene	D	D	No tiene	D	D
Menos de L. 20 mil	D	D	Menos de 500 mil	D	D
L. 20 mil - L. 50 mil	D	D	500 mil a 1 millón	D	D
L. 50 mil - L. 100 mil	D	D	1 millón a 5 millones	D	D
L. 100 mil - L. 500 mil	D	D	5 millones a 10 millones	D	D
L. 500 mil - L. 1 millón	D	D	10 millones a 25 millones	D	D
L. 1 millón - L. 10 millones	D	D	25 millones a 50 millones	D	D
L. 10 millones - L. 50 millones	D	D	50 millones a 100 millones	D	D
Más de L. 50 millones	D	D	Más de 100 millones	D	D
Fuente de ingresos:			Ingreso total anual: L.		
¿Recibe otros ingresos no operacionales u originados en actividades diferentes a la actividad principal?			DSI	DNO	Fuente
¿Realiza transacciones en moneda extranjera?			DSI	DNO	Valor mensual
¿Posee productos de Banco Davivienda?			DSI	DNO	Tipo de moneda: D Dólar D Euro D Otra
¿Tiene otros seguros con esta compañía?			DSI	DNO	Tipo de producto(s):
¿Qué tipo de seguros?:			Suma asegurada:		
¿En qué otra compañía tiene o ha tenido seguros?:					
¿Qué tipo de seguros?:					
Siniestros ocurridos en los últimos tres años:					

Si el asegurado es ama de casa o estudiante, Favor proporcionar la siguiente información:

INFORMACIÓN DE LA PERSONA DE QUIEN DEPENDE ECONÓMICAMENTE

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
D Tarjeta de identidad	D Carnet de residencia	D Pasaporte	Número de identificación:
Actividad económica que desarrolla:		Parentesco o afinidad:	

- Expediente No:

Contratante: Es el dueño de la Póliza y quién puede ejercer cualquier derecho, privilegio u opción contenido en esta Póliza.

Nota: Completar este apartado únicamente cuando el contratante es distinto al asegurado.

a. Tipo de persona

D Persona natural	D Persona jurídica	D Comerciante individual	D Empresa de gobierno	D Entidad supervisada	D ONG
Tipo de capital:	D Pública	D Privada	D Mixta		

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido	Apellido de casada
D Tarjeta de identidad	D Pasaporte	D Carnet de residencia	Número de identificación:	
Lugar de nacimiento	Fecha de nacimiento	Edad	Nacionalidad	Sexo: D Masculino D Femenino
Estado civil:	D Soltero	D Casado	D Separado	D Viudo
Nombre del cónyuge:		D Divorciado	D Unión libre	
Dirección completa:		Barrio/Colonia	Calle	Avenida
Bloque	No. de casa	Otras señas	Ciudad	Departamento
Correo electrónico	1	Teléfono de la vivienda	Teléfono Celular	Otro teléfono
Profesión u oficio:	Parentesco con El Asegurado:			
Actividad económica principal:				
Ocupación actual:	D Asalariado	D Estudiante	D Pensionado	D Ama de casa
Nombre del negocio		Giro/actividad del negocio		
Nombre de empresa donde labora	Posición o cargo que desempeña		Tiempo de laborar empresa	
Dirección completa de lugar de trabajo:		Ban10/Colonia	Calle	
Avenida	Edificio	Ciudad	Departamento	
Teléfono	Fax	Correo electrónico	Sitio Web	

TÉRMINOS Y CONDICIONES

MAX PRO INDIVIDUAL es el Plan de Seguros que le garantiza protección inmediata sin restricciones relativas a profesión u oficio y práctica de deportes.

SUMA ASEGURADA:
PRIMA ANUAL:
COBERTURA:

24 HORAS DEL DÍA SIN LIMITACIÓN GEOGRÁFICA
DENTRO Y FUERA DE LA OCUPACIÓN HABITUAL

MAX PRO _ el plan ideal para cubrir las necesidades de seguro de todas las personas con edades entre 16 y 65 años.

En caso de pérdida de la vida por causa accidental,
MAX PRO _ estará con usted o sus beneficiarios designados.

Este certificado anula cualquier otro emitido bajo el plan **MAX - PRO** _ con anterioridad o en esta misma fecha.



DAVIVIENDA
Seguros

c. En caso de ser Persona Jurídica

Razón social	Nombre comercial	RTN	
Giro/actividad económica:	Nombre del contador:		
No. Inscripción en Registro Mercantil	País de Constitución	Fecha de Constitución	
Dirección completa:	Barrio/Colo	Calle/Bloque	
	Edificio	Departamen	
	Ciudad	Sitio Web	
	Correo electrónico		
¿La empresa cuenta con filiales en el extranjero?	() No	¿Dónde?:	
¿La empresa previene y controla el lavado de activos y financiamiento del terrorismo?			
Información de Accionistas o Asociados (con 10% más de participación)		Cantidad de accionistas:	
Tipo de documento: RTN, IDN/ Carnet de residente, pasaporte	No. de documento	Nombre y Razón Social	% de Participación

En caso de tener más accionistas reportar la totalidad accionaria en una hoja adicional.

Favor indicar los miembros que conforman la Junta Directiva

Nombre	Puesto que desempeña en la Junta Directiva

c. Información financiera del Contratante

INGRESOS Y EGRESOS	TOTAL INGRESOS MENSUALES	TOTAL EGRESOS MENSUALES	ACTIVOS Y PASIVOS (LEMPIRAS)	TOTAL ACTIVOS	TOTAL PASIVOS
No tiene	D	D	No tiene	D	D
Menos de L. 20 mil	D	D	Menos de 500 mil	D	D
L. 20 mil - L. 50 mil	D	D	500 mil a 1 millón	D	D
L. 50 mil - L. 100 mil	D	D	1 millón a 5 millones	D	D
L. 100 mil - L. 500 mil	D	D	5 millones a 10 millones	D	D
L. 500 mil - L. 1 millón	D	D	10 millones a 25 millones	D	D
L. 1 millón - L. 10 millones	D	D	25 millones a 50 millones	D	D
L. 10 millones - L. 50 millones	D	D	50 millones a 100 millones	D	D
Más de L. 50 millones	D	D	Más de 100 millones	D	D
Fuente de ingresos:			Ingreso total anual: L.		
¿Recibe otros ingresos no operacionales u originados en actividades diferentes a la actividad principal?			Fuente Valor mensual		
D si DNo			Tipo de moneda: D Dólar D Euro D Otra		
¿Realiza transacciones en moneda extranjera?			D si DNo		
D si --C5-Ñ-o			Tipo de producto(s):		
¿Posee productos de Banco Davivienda?					

111. BENEFICIARIOS

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.

PRINCIPALES

Nombre del(los) beneficiario(s)	No. de Identidad	Dirección	Parentesco	o/o	Fecha de nacimiento
					DO MM AÑO
					DO MM AÑO
					00 MM AÑO
					DO MM AÑO
					OD MM AÑO

CONTINGENTES

Nombre del(los) beneficiario(s)	No. de Identidad	Dirección	Parentesco	o/o	Fecha de nacimiento
					DO MM AÑO
					00 MM AÑO
					DO MM AÑO
					DO MM AÑO
					DD MM AÑO

Firma del Asegurado

Firma del Contratante

Firma Autorizada

Código Agente