**1. SOLICITUD- CERTIFICADO DE SEGURO COLECTIVO DE DEUDA – CRÉDITO MOVIL PYME**

Solicito a Davivienda Seguros, S.A. Mi inclusión como Asegurado de la Póliza de Seguro Colectivo de Deuda No.**{noPoliza}** para lo cual proporciono los siguientes:

# I. DATOS DEL DEUDOR ASEGURADO

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre completo (según DUI): {nombreDui} | | |
| Fecha Nacimiento: | {fecNacimiento} Teléfono : | {teléfono} |
| Edad: | {edadMeses} |  |
| DUI | {dui} |  |
| Giro del Negocio | {giroNegocio} |  |
| Domicilio: | direccionCli |  |

**II. DATOS DEL CRÉDITO SOLICITADO**

Monto del crédito: {montoCredito} Plazo(meses): {plazo} Tipo de Crédito: {tipoCredito}

# III. DECLARACIONES DE ASEGURABILIDAD

Declaro que no padezco o he padecido, no me he sometido a o no he sido diagnosticado por: infarto al miocardio o cirugía de corazón (menor o mayor), insuficiencia renal, derrame o aneurisma cerebral, cáncer, leucemia, epilepsia, enfisema pulmonar, tumores malignos, VIH/SIDA, cirrosis hepática, lupus, esclerosis múltiple, enfermedad de Alzheimer, o enfermedades de Parkinson.

Manifiesto que conozco, acepto las condiciones de la póliza que están disponibles en el sitio web [www.davivienda.com.sv](http://www.davivienda.com.sv)

Peso Kgs: \_\_\_\_\_\_ Lbs: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Estatura: \_\_\_\_\_\_ mts

¿Padece, ha padecido de, o tiene alguna lesión o incapacidad por: Derrame cerebral, Infarto del corazón, Insuficiencia renal, Tumor maligno, cáncer o leucemia, Enfermedades degenerativas de la columna vertebral, Úlcera sangrante de estómago/duodeno, VIH/ SIDA, Diabetes, Epilepsia, Parkinson, Alzheimer u otros trastornos mentales o del sistema nervioso, Cirrosis hepática o Enfermedad crónica degenerativa del sistema respiratorio?

 No  Sí

En caso ser afirmativo indicar qué padecimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, desde cuando lo padece: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Está controlado  No  Sí Que medicamento toma:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Frecuencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# IV. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaro que todas las respuestas de la presente solicitud son exactas, completas, verídicas y acepto que sean consideradas como base para la emisión del Seguro de Vida, para Saldo de Deuda que solicitó. Y que me encuentro en perfecto estado de salud, no padeciendo enfermedades que me impidan realizar cualquier actividad económica que genere ingresos para mi sustento y el de mi familia. Estoy de acuerdo que Davivienda Seguros, S.A se reserva todos los derechos que puedan asistir en caso de que antes o después de un siniestro se compruebe que mi declaración no es verídica. Autorizo por este medio a los Médicos, Hospitales, Clínicas, Instituto Salvadoreño del Seguro Social y Laboratorios que me hayan asistido o que puedan asistirme en el futuro, con respecto a mi salud, para que suministren a la Compañía arriba indicada las informaciones que ésta requiera con relación a este seguro, relevándolos de cualquier prohibición legal que exista sobre la revelación de los datos de sus registros con respecto a mi persona. Queda entendido que una fotocopia de esta autorización deberá ser tan efectiva y válida como el original.

**SEGURO DE VIDA PARA SALDO DEUDA**

Póliza de Seguro Colectivo de Deuda No. SVD-XXXXX emitida por Davivienda Seguros, S.A. a nombre de Banco Davivienda Salvadoreño, S.A., con vigencia: XX de XXX de 2023 al XX de XXX de 2024.

**I. Grupo Asegurado:**

Personas naturales usuarios de crédito de tipo productivo del Banco Davivienda Salvadoreño, S.A.

**II. Riesgos Cubiertos y Exclusiones:**

La presente póliza cubre el saldo insoluto de la deuda, incluyendo los intereses pendientes de pago hasta un máximo de 90 días no pudiendo exceder dicha suma asegurada el equivalente al monto del crédito otorgado. La póliza cubre en caso de:

1) Fallecimiento del asegurado por cualquier causa; el suicidio sólo se cubre después de haber estado en vigencia el seguro por dos años ininterrumpidos.

2) Invalidez total y permanente del asegurado, por enfermedad o accidente. Esta cobertura aplica hasta la edad de los

65 años. Se considera Invalidez Total y Permanente el hecho de que el Asegurado quede total y permanentemente incapacitado para ejecutar su actividad principal de trabajo o cualquier otra actividad de la que pudiera derivar u obtener remuneración o beneficio pecuniario; siempre que tal incapacidad sea consecuencia de lesiones corporales o de enfermedad y que el carácter de tal incapacidad sea reconocido y haya existido de modo continuo durante un tiempo no menor de 6 meses consecutivos y que se produzca antes de que el Asegurado cumpla 65 años de edad.

# III. Derechos y Obligaciones del Asegurado:

**A. DOLO O FRAUDE.**

El dolo o culpa grave en las declaraciones del Asegurado o del Contratante y la omisión en ellas, respecto a hechos importantes para la apreciación del riesgo, da derecho a la Compañía para la rescisión del Seguro quedando a favor de la misma, la prima correspondiente al período del Seguro en curso en el momento en que conozca el dolo o culpa grave y, en todo caso, la prima convenida por el primer año. Si la inexactitud u omisión en las declaraciones no se debiera a dolo o culpa grave, el Contratante o el Asegurado estará obligado a ponerlo en conocimiento de la Compañía tan pronto como advierta esta circunstancia, bajo pena que se les considere responsables de dolo.

**B. RETRASO EN EL PAGO, PERIODO DE GRACIA Y CADUCIDAD.**

Se concede un período de gracia de un mes para el pago de la prima, a partir de la fecha de vencimiento. El Seguro continuará en vigor durante el período de gracia, pero si el fallecimiento de algún asegurado ocurriese durante el mismo, la Compañía descontará de la indemnización el importe de las primas pendientes de pago.

Si al vencimiento del período de gracia, las primas o fracciones no fueren pagadas, los efectos de la presente póliza quedarán en suspenso; sin embargo, el Asegurado dispondrá de tres meses más para pagar las primas vencidas sin ningún recargo por intereses.

Si durante el período de suspenso ocurriese el siniestro, la Compañía no estará obligada a pagar la indemnización. Vencido este último plazo la póliza caducará automáticamente.

**C. FALTA DE AVISO**

Si el Contratante o Beneficiario no cumple con las obligaciones de avisar del siniestro en los términos establecidos en esta póliza o las disposiciones legales respectivas, la Compañía podrá reducir la prestación debida hasta la suma que hubiere importado si el aviso se hubiere dado oportunamente.

Asimismo, la Compañía quedará desligada de sus obligaciones:

a) Si se omite el aviso del siniestro a fin de impedir que se compruebe oportunamente sus circunstancias.

b) Si con el fin de hacerle incurrir en error se disimulan o declaran inexactamente los hechos referentes al siniestro que pudiere excluir o restringir sus obligaciones.

c) Si, con igual propósito, no se le permite oportunamente la documentación referente al siniestro.

**D. PLAZO PARA EL PAGO DE LA INDEMNIZACIÓN**

La indemnización será exigible treinta (30) días calendario después de la fecha en que la Aseguradora haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación.

**E. PRESCRIPCIÓN**

Todas las acciones que se derivan de este Contrato prescriben en tres años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen. Se estará además a lo que dispone la legislación vigente.

**IV. Forma de Renovación:**

La póliza será renovada anualmente a solicitud de Banco Davivienda Salvadoreño, S.A. y de conformidad a los términos pactados con la compañía aseguradora.

# V. Modificaciones:

**A. MODIFICACIÓN DE LA TASA**

Al vencimiento anual de la Póliza, la Compañía establecerá la tasa por millar aplicable al siguiente año de Seguro; si la tasa fuere modificada o se estableciera la misma del año anterior, la Compañía hará saber esta circunstancia al Contratante con treinta días de anticipación.

**B**. **MODIFICACIÓN DEL CONTRATO**

El contrato podrá ser modificado mediante solicitud escrita del Contratante a la Compañía la que al aceptar la modificación, lo hará constar en Anexo que formará parte de la presente póliza.

**VI. Plazo para efectuar el reclamo y prueba del siniestro:**

Si ocurriese el fallecimiento del asegurado, el Contratante deberá comunicarlo por escrito a la Compañía, dentro de los cinco días hábiles subsiguientes a dicho acontecimiento. Este plazo sólo correrá en contra de quienes tuvieren conocimiento del derecho constituido a su favor.

La comprobación del fallecimiento del asegurado se hará presentando certificación de la partida de defunción y demás documentos que sean requeridos por la Compañía.

**VII. Vigencia de la Póliza:**

La vigencia de la póliza será de 12 meses contados a partir de la fecha convenida entre las partes. Previo a su vencimiento la Aseguradora realizará una evaluación de las condiciones de la misma, reservándose el derecho de no renovarla, notificándolo al Asegurado con 30 días de anticipación.

**VIII. Periodo de carencia:**

Si el fallecimiento de un deudor asegurado ocurriese por suicidio, cualquiera que sea su estado mental o el móvil del suicidio, dentro de los dos (2) primeros años a la última fecha de su inscripción en forma ininterrumpida, la Aseguradora solamente quedará obligada a devolver al Contratante las primas que éste hubiere pagado en relación con el Asegurado durante el año de vigencia de la Póliza en que ocurra el evento. Si el fallecimiento del Asegurado ocurre después de los dos (2) años siguientes a la fecha de la celebración del contrato de deuda con el Contratante o de la última rehabilitación del contrato, la responsabilidad de la Aseguradora se extiende a la totalidad de la suma asegurada.

**IX. Terminación Anticipada:**

El Contratante podrá dar por terminado este contrato mediante aviso por escrito a la Aseguradora, indicando la fecha en que la presente Póliza debe cancelarse. La Aseguradora al aceptar la cancelación reembolsará al Contratante el 50% de la prima correspondiente al tiempo que falte para la expiración del seguro o en caso de pago fraccionado de las primas, del último pago realizado. Las fracciones de mes se considerarán mes completo. Si la cancelación fuese debido a la sustitución de la presente Póliza por otra de esta Aseguradora, la prima no devengada se calculará a prorrata y será aplicada al pago de la prima correspondiente a la nueva Póliza.

**XI. Requisitos para el pago:**

La Aseguradora garantiza el pago de la suma asegurada en los términos que se expresan en estas condiciones generales, beneficios y anexos que forman parte del Contrato de Seguro, previa presentación del registro de deuda del Asegurado fallecido y demás documentos que sean requeridos por la Aseguradora.

Declaro que he leído y completado, este documento que contiene la Solicitud-Certificado de seguro, extracto de las condiciones generales de la póliza, comprendo y acepto que el contenido íntegro de la póliza me sea entregado en físico o por cualquier medio electrónico.

El presente documento ha sido otorgado, aceptado y suscrito a través de los medios de identificación provistos por el Banco, por lo cual ha sido autorizada y consentida por el Banco y el cliente, habiendo sustituido la firma autógrafa por medio de los Medios de Identificación Digital y produciendo todos los efectos que las leyes otorgan a los documentos correspondiente, en la ciudad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_los\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_días del mes de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de dos mil\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_