

SEGURO DE MONTAJE

SOLICITUD DE SEGURO (PERSONA NATURAL)

Expediente No

Marcar con la opción escogida

I. Datos Generales del Contratante						Persona Natural <input type="radio"/>	Comerciante Individual <input type="radio"/>
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	Sexo		
Ciudad	Pais	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? 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	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	
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	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

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):		

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: _____

II. Información Otros Seguros

¿En qué otra Compañía tiene o ha tenido seguro?	¿Qué tipo de Seguro?	Suma Asegurada
¿Número de Siniestros ocurridos en los últimos tres años?		

Nombre del/los Contratista(s):		
Razón Social o Mercantil:		RTN:
Nombre del Propietario de la Obra:		
Razón Social o Mercantil:		RTN:
Dirección Domicilio:		RTN:
Teléfono Oficina:	Cód. de Área	Domicilio:
Fax:	Cód. de Área	

III. Ubicación del sitio del Montaje o construcción

Residencial/barrio/colonia, bloque, avenida, calle, casa		
Punto de referencia	Departamento	Municipio

IV. Vigencia (Para Uso exclusivo del área Técnica)

Desde:	Hasta:	
¿La Póliza es para asegurar bienes personales o bienes de terceros?		
Bienes Personales <input type="radio"/> Bienes de Terceros <input type="radio"/>		
Tipo de identificación		
DNI <input type="radio"/> Pasaporte <input type="radio"/> Carnet de residencia <input type="radio"/>		
Nombre de la Tercera Persona (s)	Número de Identificación	Actividad Comercial

12	¿Es ésta una ampliación a las instalaciones ya existentes?	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
13	¿Están ya terminados los edificios y los trabajos de ingeniería civil?	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
14	Indique nombres y distancias a los ríos, lagos o mares más cercanos:		
Registro de Lluvias			
15	a) ¿Se presentan ciclones, huracanes o tornados en la zona?	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
	b) ¿En que período del año?		
	c) Velocidades máximas de viento registradas en los últimos 10 años		
	d) Indique el período de lluvias y la precipitación máxima y media registrada		
Registro de Temblor			
16	a) ¿Se han registrado temblores en el área de los trabajos ejecutar?	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
	b) Indique la magnitud de los temblores		
	c) Se basan los cálculos estructurales a las normas antisísmicas vigentes	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
	d) Condiciones del subsuelo	Roca <input type="radio"/>	Grava <input type="radio"/>
		Arcilla <input type="radio"/>	Relleno <input type="radio"/>
		Otros <input type="radio"/>	
17	¿Existen bienes cercanos que pueden ser dañados por los trabajos a ejecutar bajo el contrato?		
		Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
	a) Indique qué bienes son propiedad de terceros		
	b) Indique qué bienes son propiedad del/los contratista(s):		
	c) Indique qué bienes son propiedad del comitente		

IX. Resumen		Lempiras <input type="radio"/>	US\$ <input type="radio"/>
Detalle	Suma Propuesta	Tasa Por Ciento %	Valor Prima

Primas a pagar	
Prima Neta	
Impuesto	
Gastos de Emisión	
PRIMA TOTAL	

Numero de Pagos: _____

X. Deducible

XI. Forma de Pago		
Ventanilla <input type="radio"/>	Descuento 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"		

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 <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:	Firma del responsable de la entrevista				
Departamento:					
Fecha:					

Guardar