

Seguro Equipo Electrónico

Solicitud de Seguro (Persona Natural)



Expediente No.

Marcar con ☒ la opción escogida

1. Datos Generales del Contratante		Persona Natural <input type="radio"/>		Comerciante Individual <input type="radio"/>	
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	RTN	
Tarjeta de Identidad <input type="radio"/>		Pasaporte <input type="radio"/>		Carnet de Residente <input type="radio"/>	
Lugar de Nacimiento		Fecha de Nacimiento		Edad	Nacionalidad
Ciudad	País	D	M	A	Sexo 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"/>
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	
Si su ocupación actual es Ama de casa o Estudiante complete lo siguiente:					
Nombre completo de la persona de quien depende económicamente:					
No. De Identificación	Relación o Afinidad		Actividad económica		

Dirección Completa de Residencia:	Cobro <input type="radio"/>	Notificaciones <input type="radio"/>
Residencial/barrio/colonia,bloque,avenida,calle,casa		
Punto de referencia	Departamento	Municipio
Correo electrónico	Teléfono de residencia	Celular
Dirección Completa de Trabajo:	Cobro <input type="radio"/>	Notificaciones <input type="radio"/>
Residencial/barrio/colonia,bloque,avenida,calle,edificio		
Punto de referencia	Departamento	Municipio
Correo electrónico	Teléfono	Fax

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

Información Financiera del Contratante

Montos declarados		Ingresos	Egresos	Montos declarados		Activos	Pasivos
L 00.01	L 37,073.52	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	L 00.01	L 1,000,000.00	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L 37,073.53	L 74,147.04	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	L 1,000,000.01	L 3,000,000.00	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L 74,147.05	L 123,578.40	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	L 3,000,000.01	L 5,000,000.00	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L 123,578.41	L 247,156.80	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	L 5,000,000.01	L 7,500,000.00	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L 247,156.81	L 617,892.00	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	L 7,500,000.01	L 10,000,000.00	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L 617,892.01	En adelante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	L 10,000,000.01	En adelante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Detalle el origen de los recursos: _____

¿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"/>	
Puerto	Valor mensual	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): _____			

(Campo Obligatorio)

Para el envío de información de su póliza contratada 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. Información Otros Seguros

¿En qué otra Compañía tiene o ha tenido seguros?	Qué tipo de Seguros?	Suma Asegurada
Número de Sinistros ocurridos en los últimos tres años?		

3. Ubicación de los bienes por asegurar

Residencia / barrio / colonia / bloque / avenida / calle / casa		
Punto de Referencia	Departamento	Municipio

4. 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"/>		
Nombre de la Tercera Persona (s)	Número de Identidad	Actividad Comercial

5. Beneficiarios del Seguro

Nombre/Razón o Denominación Social	Nº. de Identidad/RTN	Número de Teléfono	Valor del Endoso

6. Actividad del Bien o Bienes por Asegurar**7. Descripción de Bienes**

Sección	Detalle	Tasa %	Suma Propuesta (Lps. o US\$)
1	Daños Materiales (adjuntar detalle)		
2	Portadores Externos de Datos		
3	Incremento en el Costo de Operaciones		
Total			

Nota: Debe adjuntar detalle por separado del equipo a asegurar incluyendo marca, serie, modelo y costo.

8. Resumen

No	Detalle	Suma Propuesta (Lps. O US\$)	Tasa Por Ciento %			Valor Prima
			Básica	Adicional	Total	
1	Daños Materiales					
2	Portadores Externos de Datos					
3	Incremento en el Costo de Operaciones					

Prima Neta

Impuesto

Gastos de Emisión

PRIMA TOTAL

Numero de Pagos:

9. Deducible**10. Forma de Pago**

Ventanilla ☐ Descuento por Nómina o Planilla ☐ Tarjeta de Crédito/debito ☐
Cuenta de Ahorro ☐ Cuenta de Cheques ☐ Extrafinanciamiento ☐

* Si su pago es a través de extrafinanciamiento 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.

* No. De Cuenta Bancaria en Davivienda:

Ahorro ☐Cheques ☐

Moneda:

LPS ☐USD ☐

Titular de la Cuenta:

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.

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 y Fecha:

Para uso exclusivo de la Compañía de Seguros

Firma del Solicitante

Firma de Aprobación

LA0034

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 cuando 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:	
Informe 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 las 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:	