

Seguro Equipo Electrónico
Solicitud de Seguro (Persona Natural)



Expediente No.

Marcar con la opción escogida

1. Datos Generales del Contratante

Persona Natural Comerciante Individual

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	RTN		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Tarjeta de Identidad <input type="radio"/>		Pasaporte <input type="radio"/>		Carnet de Residente <input type="radio"/>	No. de Identificación: <input type="text"/>	
Lugar de Nacimiento Ciudad: <input type="text"/>		Fecha de Nacimiento País: <input type="text"/> D: <input type="text"/> M: <input type="text"/> A: <input type="text"/>	Edad: <input type="text"/>	Nacionalidad: <input type="text"/>	Sexo: F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>	
Estado Civil: <input type="text"/>	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: <input type="text"/>	Primer Nombre: <input type="text"/>	Segundo Nombre: <input type="text"/>	Primer Apellido: <input type="text"/>	Segundo Apellido: <input type="text"/>		
Ocupación Actual: <input type="text"/>	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: <input type="text"/>	Actividad económica: <input type="text"/>			Actividad comercial: <input type="text"/>		
Nombre de la empresa donde labora: <input type="text"/>	Posición/Cargo que desempeña: <input type="text"/>			Antigüedad laboral: <input type="text"/>		
¿Posee negocio propio? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>						
Nombre del Negocio: <input type="text"/>						
Giro/Actividad del Negocio: <input type="text"/>	URMOPRELAFT: <input type="text"/>					
¿Ha desempeñado un cargo público en los últimos cuatro (4) años?	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>				
Nombre de la Institución: <input type="text"/>	Nombre del cargo desempeñado: <input type="text"/>	Desde: <input type="text"/>	Hasta: <input type="text"/>			
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: <input type="text"/>	Relación o Afinidad: <input type="text"/>	Actividad económica: <input type="text"/>				

Dirección Completa de Residencia:

Cobro

Notificaciones

Residencial/barrio/colonia,bloque,avenida,calle,casa		
Punto de referencia: <input type="text"/>	Departamento: <input type="text"/>	Municipio: <input type="text"/>
Correo electrónico: <input type="text"/>	Teléfono de residencia: <input type="text"/>	Celular: <input type="text"/>

Dirección Completa de Trabajo:

Cobro

Notificaciones

Residencial/barrio/colonia,bloque,avenida,calle,edificio		
Punto de referencia: <input type="text"/>	Departamento: <input type="text"/>	Municipio: <input type="text"/>
Correo electrónico: <input type="text"/>	Teléfono: <input type="text"/>	Fax: <input type="text"/>

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 checked="" type="radio"/>	Realiza transacciones en moneda extranjera? Si <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/>
Fuente	Valor mensual
Tipo de Moneda: Dólar <input type="radio"/> Euro <input type="radio"/> Otra: <input type="radio"/>	

¿Posee Productos en Banco Davivienda? Si No Tipo de Producto(s):

(Campo Obligatorio)
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 numero 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 Siniestros ocurridos en los últimos tres años?

3. Ubicación de los bienes por asegurar

Residencial /barrio/colonia/bloque, avenida, calle, cas		
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 Bienes de Terceros

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					

Prima Neta		Número de Pagos:	
Impuesto			
Gastos de Emisión			
PRIMA TOTAL			

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 <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:	_____		

* Sí su tarjeta es de débito, favor detallar información de su cuenta bancaria en las siguientes casillas.

* No. De Cuenta Bancaria en Davivienda:	_____
Ahorro <input type="radio"/> Cheques <input type="radio"/>	Moneda: LPS <input type="radio"/> USD <input type="radio"/>
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 darme oírse 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, endoso 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:	
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 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:	