

Seguro de Casco Marítimo

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
Tarjeta de Identidad ☐ Pasaporte ☐ Carnet de Residente ☐ No. de Identificación:				
Lugar de Nacimiento		Fecha de Nacimiento	Edad	Nacionalidad
Ciudad	País	D M A		Sexo F ☐ M ☐
Estado Civil	Soltero ☐ Casado ☐ Separado ☐ Viudo ☐ Divorciado ☐ Unión Libre ☐			
Nombre del Cónyuge	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
Ocupación Actual	Asalariado ☐ Independiente ☐ Pensionado ☐ Ama de Casa ☐ Estudiante ☐			
Profesión u oficio	Actividad económica	Actividad comercial		
Nombre de la empresa donde labora		Posición/Cargo que desempeña	Antigüedad laboral	
¿Posee negocio propio? Si ☐ No ☐				
Nombre del Negocio:				
Giro/Actividad del Negocio			URMOPRELAFT	
¿Ha desempeñado un cargo público en los últimos cuatro (4) años? Si ☐ No ☐				
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 ☐

Notificaciones ☐

Residencial/barrio/colonia,bloque,avenida,calle,casa		
Punto de referencia	Departamento	Municipio
Correo electrónico	Teléfono de residencia	Celular

Dirección Completa de Trabajo:

Cobro ☐

Notificaciones ☐

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

Montos declarados		Ingresos	Egresos	Montos declarados		Activos	Pasivos
L 00.01	L 37,073.52	☐	☐	L 00.01	L 1,000,000.00	☐	☐
L 37,073.53	L 74,147.04	☐	☐	L 1,000,000.01	L 3,000,000.00	☐	☐
L 74,147.05	L 123,578.40	☐	☐	L 3,000,000.01	L 5,000,000.00	☐	☐
L 123,578.41	L 247,156.80	☐	☐	L 5,000,000.01	L 7,500,000.00	☐	☐
L 247,156.81	L 617,892.00	☐	☐	L 7,500,000.01	L 10,000,000.00	☐	☐
L 617,892.01	En adelante	☐	☐	L 10,000,000.01	En adelante	☐	☐

Detalle el origen de los recursos: _____

¿Recibe otros ingresos adicionales al de su actividad principal? Si ☐ No ☐		Realiza transacciones en moneda extranjera? Si ☐ No ☐
Fuente	Valor mensual	Tipo de Moneda: Dólar ☐ Euro ☐ Otra: ☐
¿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
Numero de Siniestros ocurridos en los últimos tres años?		

3. Vigencia del Seguro (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

4. Beneficiarios del Seguro

Nombre/Razón o Denominación Social	N°. de Identidad/RTN	Número de Teléfono	Valor del Endoso

5. Uso de la Embarcación

6. Datos de la Embarcación		
Nombre del propietario:		
Nombre del barco:	Registrado en:	
Construido en:	Año de construcción:	
Material del casco:	Tonelaje bruto:	Tonelaje Neto:
Dimensiones:	Eslora:	Manga:
Marca del motor:	Fuerza motor:	Puntal:
Matrícula:		
Descripción de la maquinaria de propulsión:		
Límites geográficos de navegación:		

7. Bienes por Asegurar		
No	Descripción	Suma Propuesta (Lps. O US\$)
1	Casco	
2	Responsabilidad Civil Límite Único y Combinado	
3	No podran asegurarse salvo que sean convenidas específicamente mediante colocaciones facultativasde reaseguro los siguientes tipos de embaraciones o usos de las mimas:	
	Pesqueros	
	Embarcaciones de investigación científica	
	Para transporte de pasajeros	
	Transporte de carga	
	Total	

8. Otras Cláusulas Especiales

9. Resumen				
No	Detalle	Suma Propuesta (Lps. O US\$)	Tasa Por Ciento %	Valor Prima
1				
2				
3				

Prima Neta	
Impuesto	
Gastos de Emisión	
PRIMA TOTAL	

Numero de Pagos:	
-------------------------	--

10. Deducible

11. 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 : <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> Tipo de Tarjeta: Crédito ☐ Visa ☐ Master Card ☐ American Express ☐ Débito ☐ 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.																					

Datos de la cuenta Bancaria																					
* No. De Cuenta Bancaria en Davivienda: <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> Tipo de Cuenta: 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

LA0038
Febrero 2020

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?	
¿Conoce usted, algún riesgo especial en la ocupación, o giro del solicitante?	
Especifique:	
Informo que mi relación con el potencial cliente es de tipo: Familiar ☐ Personal ☐ Referido ☐ Ninguna ☐	
¿Considera que el valor de los bienes objeto de seguro guardan relación con la actividad del cliente y su capacidad económica?	
¿Con fundamento en la respuestas obtenidas, resultado de la entrevista y demás verificaciones, recomienda al cliente para solicitar el seguro?	
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:	