

SEGURO DE VEHICULOS AUTOMOTORES

SOLICITUD DE SEGURO



Tipo de Persona

Expediente No. _____

Persona natural <input type="radio"/>	Comerciante Individual <input type="radio"/>	Entidad Supervisada <input type="radio"/>
Persona Jurídica <input type="radio"/>	Empresa de Gobierno <input type="radio"/>	ONG <input type="radio"/>
Tipo de Capital: Pública <input type="radio"/> Privada <input type="radio"/> Mixta <input type="radio"/>		

I. Datos Generales

Datos Generales del Asegurado / Representante Legal

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido de Casada
Tarjeta de Identidad <input type="radio"/>	Pasaporte <input type="radio"/>	Carnet de Residente <input type="radio"/>	No. De Identificación:	
Lugar de Nacimiento		Fecha de Nacimiento		Sexo
Ciudad	País	Día	Mes	Año
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 Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre		
Dirección Completa de Residencia del Asegurado/Representante Legal				
Colonia		Calle	Avenida	Bloque
Otras señas		Ciudad	Departamento	
Correo electrónico		Teléfono Residencia	Celular	Otro teléfono
Profesión u oficio:				
Actividad Económica Principal:				
Ocupación Actual: Asalariado <input type="radio"/> Estudiante <input type="radio"/> Pensionado <input type="radio"/> Ama de casa <input type="radio"/> Independiente <input type="radio"/>				
Posee negocio Propio		Nombre del Negocio		
Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>		Giro/Actividad del Negocio		
Nombre de Empresa Donde Labora		Posición o Cargo que Desempeña		Tiempo de Laborar en la Empresa
Dirección Completa de Lugar de Trabajo:				
Avenida		Edificio	Ciudad	Departamento
Teléfono		Fax	Correo electrónico	Sitio Web

Datos Generales Persona Jurídica

Razón Social	Nombre Comercial	RTN
Giro/actividad económica:		Nombre del Contador:
No. Inscripción en Registro Mercantil:	País de Constitución	Fecha de Constitución
Dirección Completa:		Calle/Bloque
Avenida	Edificio	Ciudad
Teléfono	Fax	Departamento
¿La Empresa cuenta con filiales en el extranjero?		Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/> ¿Dónde?
¿La Empresa previene y controla el lavado de activos y financiamiento al terrorismo?		Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Información de Accionistas o Asociados (con el 10% o más de participación) Cantidad de Accionistas:		
Tipo de Documento	No. De Documento	Nombre y/o Razón Social
		% de Participación

"En caso de tener más accionistas reportar la totalidad accionaría en una Hoja Adicional"

SEGURO DE VEHICULOS AUTOMOTORES

SOLICITUD DE SEGURO

Favor indicarnos los miembros que forman parte de la Junta Directiva

Nombre	Puesto que desempeña en la Junta Directiva

Información Financiera del Asegurado

Ingresos y Egresos	Total Ingresos Mensuales	Total Egresos Mensuales	Activos y Pasivos (Lempiras)	Total Activos	Total Pasivos
Menos de L 20,000	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Menos de 500,000	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L 20,000 - L 50,000	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	500,000 a 1 Millón	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L 50,000 - L 100,000	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	1 a 5 Millones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L 100,000 - L 500,000	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	5 a 10 Millones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L 500,000 - L 1,000,000	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	10 a 25 Millones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L 1,000,000 - L 10,000,000	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	25 a 50 Millones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L 10,000,000 - L 50,000,000	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	50 a 100 Millones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Más de L 50,000,000	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Más de 100 Millones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Fuente de Ingresos:

Recibe otros ingresos no operacionales u originados en actividades diferentes a la actividad principal?	Sí <input type="radio"/>	Fuente	Valor mensual
	No <input type="radio"/>		
Realiza transacciones en moneda extranjera?	Sí <input type="radio"/>	Posee productos de Banco Davivienda?	Sí <input type="radio"/>
	No <input type="radio"/>		No <input type="radio"/>
Tipo de Moneda: Dólar <input type="radio"/> Euro <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/>	Tipo de Producto(s):		

Datos Generales del Personal Autorizado para Contratar

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido de Casada
Tarjeta de Identidad <input type="radio"/>	Pasaporte <input type="radio"/>	Carnet de Residente <input type="radio"/>	No. De Identificación:	
Lugar de Nacimiento		Fecha de Nacimiento	Edad	Nacionalidad
Ciudad	País	Día Mes Año		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"/>	Unión Libre <input type="radio"/>
Dirección Completa de Residencia del Personal Autorizado para Contratar				
Barrio/Colonia		Calle	Avenida	Bloque
				No. Casa
Otras señas			Ciudad	Departamento
Correo electrónico		Teléfono Residencia	Celular	Otro teléfono

Si el asegurado es **Ama de Casa o Estudiante**, favor proporcionar la siguiente información:

Información de la persona de quien depende económicamente

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido de Casada
Actividad económica que desarrolla:			Parentesco o Afinidad:	

II. Información Otros Seguros

Tiene otros seguros con esta Compañía?	Sí <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
Qué tipo de seguros?		
En qué otra Compañía tiene o ha tenido seguros?		
Qué tipo de seguros?	Suma Asegurada:	
Siniestros ocurridos en los últimos tres años:		

SEGURO DE VEHICULOS AUTOMOTORES

SOLICITUD DE SEGURO

III. Domicilio para Cobros y Notificaciones

Dirección de Residencia <input type="radio"/>		Dirección de lugar de Trabajo <input type="radio"/>		Otra Dirección <input type="radio"/> Especifique:	
Colonia	Calle	Avenida	Bloque	No. Casa	
Otras señas		Ciudad	Departamento		

Correo electrónico para envío de póliza y notificaciones:

--

IV. Beneficiarios del Seguro

Nombre/Razón o Denominación Social	Numero de Teléfono	Valor del Endoso

Póliza Individual ☐ Póliza Colectiva ☐ Número de autos a asegurar: _____

Deberá adjuntar cotización con detalle de autos a asegurar

Tipo de Cobertura: Amplia ☐ Límitada ☐ RC en exceso ☐

¿Requiere cobertura para conductores con licencia menores de 21 y/o mayores de 75 años ? SI ☐ NO ☐

V. Datos del Conductor (es)

①	No. Licencia de Conducir:				Liviana <input type="radio"/> Pesada <input type="radio"/>	
	El Automóvil será Conducido por: Menor de 21 años Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> O Mayor de 75 años Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>					
	Nombre Completo del Menor/Mayor:					
	Fecha de Nacimiento:		Día	Mes	Año	No. de Identidad:
	No. de Licencia:			Vencimiento:		
②	Nombre Completo del Menor/ Mayor:					
	Fecha de Nacimiento:		Día	Mes	Año	No. de Identidad:
	No. de Licencia:			Vencimiento:		

VI. Datos del Vehículo (Póliza Individual)

Tipo:	Turismo <input type="radio"/>	Panel <input type="radio"/>	Camión <input type="radio"/>	Rastra <input type="radio"/>
	Camioneta <input type="radio"/>	Microbus <input type="radio"/>	Autobus <input type="radio"/>	Furgón <input type="radio"/>
	Pick Up <input type="radio"/>	Motocicleta <input type="radio"/>	Cabecal <input type="radio"/>	Volqueta <input type="radio"/>
	Otros: _____			
Número de Pasajeros:		Serie:		
Marca:		Motor:		
Modelo:		Placa:		
Año:		Nuevo <input type="radio"/> Usado <input type="radio"/>		
Detalle de Equipo especial:				
Radio <input type="radio"/>	Amplificador <input type="radio"/>	Botaguas <input type="radio"/>	Luces HID <input type="radio"/>	
Antena <input type="radio"/>	Panel <input type="radio"/>	Fenders <input type="radio"/>	Pantallas <input type="radio"/>	
Parilla <input type="radio"/>	Parlantes <input type="radio"/>	Defensas <input type="radio"/>	Blindaje <input type="radio"/>	
Buffer <input type="radio"/>	Rines <input type="radio"/>	DVD <input type="radio"/>	Otros _____	

Moneda: Lempiras ☐ Dólares ☐

SEGURO DE VEHICULOS AUTOMOTORES

SOLICITUD DE SEGURO

Opción A) Protección Amplia

Coberturas	Suma Asegurada	Deducible	Coaseguro
A-Daños Materiales			Pérdida Total
B-Robo Total	Idem Daños Materiales	-	Robo Total
C-Daños a terceros en sus Bienes			-
D-Daños a terceros en su persona			-
E-Gastos Médicos por ocupantes		-	-
F-Equipo Especial (Según detalle arriba)			-
G-Extensión Territorial		Doble	
H-Accidentes para Ocupantes		-	-
I-Servicio de Asistencia		-	-
RC en Exceso (Límite Único y Combinado)		-	-
Cristales	-	-	
Bolsa de Aire	-	-	

Nota: En el caso de póliza Colectiva, detallar los totales por cobertura y adjuntar el detalle cotizado.

¿Desea el Servicio de Auto Sustituto? SI ☐ NO ☐

Nota: * Este servicio solamente aplica para Camionetas, Pick Up y Turismos.

* Para Pólizas colectivas indicar los vehículos que requieren la cobertura.

Opción B) Protección Limitada

Coberturas	Suma Asegurada	Deducible	Coaseguro
C-Daños a terceros en sus Bienes			-
D-Daños a terceros en su persona			-
E-Gastos Médicos por ocupantes		Doble	-
H-Accidentes para Ocupantes		-	-

Numero de Pagos: _____

Prima Neta	
Impuesto	
Gastos de Emisión	
PRIMA TOTAL	

VII. Conducto de Pago

(Campos Obligatorios)

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"/>	

Datos de la Tarjeta

No. De Tarjeta :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tipo de Tarjeta:	Crédito <input type="radio"/>	Visa <input type="radio"/>	Master Card <input type="radio"/>	American Express <input type="radio"/>									
	Debito <input type="radio"/>												
Vencimiento de la Tarjeta:	Mes: _____				Año: _____								
Banco emisor de la Tarjeta:	_____				Moneda: LPS <input type="radio"/> USD <input type="radio"/>								

* 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:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tipo de Cuenta:	Ahorro <input type="radio"/>	Cheques <input type="radio"/>	Moneda: LPS <input type="radio"/> USD <input type="radio"/>										

SEGURO DE VEHICULOS AUTOMOTORES

SOLICITUD DE SEGURO

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 oferente hace constar que conoce y acepta las Condiciones Generales y Particulares de la póliza .

Lugar y fecha:

Para uso exclusivo de la Compañía de Seguros

Firma del Oferente

Aprobó:

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	Número de tarjeta de ID
Oficina:		
¿Desde cuando conoce personalmente al solicitante?		
¿Le consta que el cliente completó y firmó la Solicitud?	Sí <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
¿Conoce Ud. Algún riesgo especial en la ocupación, o giro del Solicitante?	Sí <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 del seguro guardan relación con la actividad del cliente y su capacidad económica ?	Sí <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>
¿Con fundamento en los resultados obtenidos en las respuestas formuladas anteriormente, el resultado de la entrevista y las demás verificaciones y análisis que considero necesarias para conocer al cliente, Lo recomienda como solicitante de este seguro?		
Sí <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	Departamento	Fecha
		Día Mes Año

Firma del responsable de la entrevista

SEGURO DE VEHICULOS AUTOMOTORES

SOLICITUD DE SEGURO

COBERTURAS:

COBERTURA A): DAÑOS MATERIALES

1) BIENES CUBIERTOS: Bajo esta cobertura se ampara el automóvil descrito en la relación de incisos de esta póliza, entendiéndose como tal, la unidad automotriz que se describe, incluyendo las partes o accesorios que el fabricante adapta originalmente para cada modelo y tipo específico que presenta al mercado.

2) RIESGOS CUBIERTOS: Ampara los daños o pérdidas materiales que sufra el automóvil a consecuencia de los riesgos siguientes:

1. Colisiones y vuelcos;
2. Rotura de cristales: parabrisas (vidrio frontal), laterales, aletas, medallón (vidrio trasero) y vidrio de techo;
3. Incendio incidental, auto ignición, rayo directo o indirecto y explosión;
4. Ciclón, huracán, granizo, terremoto, erupción volcánica, alud, derrumbe de tierra o piedras, caída o derrumbe de construcciones, edificaciones, estructuras u otros objetos, caída de árboles o sus ramas e inundación y desbordamiento de ríos;
5. Actos de personas que tomen parte en paros, huelgas, motines, alborotos populares, motines o de personas mal intencionadas durante la realización de tales actos, o bien ocasionados por las medidas de represión tomadas por las autoridades legalmente
6. Transportación, varadura, hundimiento, incendio, explosión, colisión o vuelco, descarrilamiento o caída del medio de transporte en que el automóvil sea conducido; caída del automóvil durante las maniobras de carga, transbordo o descarga, así como la contribución a la avería gruesa o por cargos de salvamento;
7. Los gastos de remolque necesarios para el traslado del automóvil asegurado que haya sido afectado por alguno de los riesgos descritos en los incisos anteriores, así como los gastos necesarios para ponerlo en condiciones de arrastre desde el lugar de los hechos hasta el lugar en que haya de ser reparado.

COBERTURA B): ROBO TOTAL

Bajo esta cobertura se ampara el robo total del automóvil y las pérdidas o daños materiales que se deriven a consecuencia del robo total.

Los gastos de remolque necesarios para el traslado del automóvil asegurado que haya sido afectado por alguno de los riesgos descritos en el párrafo anterior, así como los gastos necesarios para ponerlo en condiciones de arrastre desde el lugar donde se localizó el automóvil hasta el lugar en que haya de ser reparado.

COBERTURA C y D): RESPONSABILIDAD CIVIL POR DAÑOS A TERCEROS EN SUS BIENES Y PERSONAS.

COBERTURA C): DAÑOS A TERCEROS EN SUS BIENES.

Bajo esta cobertura se ampara la responsabilidad civil en que incurra el Asegurado o cualquier persona que con consentimiento expreso o tácito del Asegurado use el automóvil y que, a consecuencia de dicho uso, cause daños materiales a terceros en sus bienes muebles o inmuebles o semovientes, siempre y cuando no sean propiedad del Asegurado, o de sus familiares, ni estén bajo su custodia. Los daños causados a terceros en sus bienes, serán indemnizados por su valor real o valor de mercado, hasta el límite máximo fijado para esta cobertura.

Entendiéndose por Valor Real o de Mercado el precio por el que normalmente pueda adquirirse un bien u otro de características similares, el cual está determinado por la libre interacción de la oferta y la demanda.

SEGURO DE VEHICULOS AUTOMOTORES

SOLICITUD DE SEGURO

COBERTURA D) DAÑOS A TERCEROS EN SUS PERSONAS.

Bajo esta cobertura se ampara la responsabilidad civil en que incurra el Asegurado o cualquier persona que con consentimiento expreso o tácito del Asegurado use el automóvil y que, a consecuencia de dicho uso, cause atropello accidental, lesiones corporales o la muerte a terceras personas.

COBERTURA E): GASTOS MÉDICOS PARA OCUPANTES

Esta cobertura ampara el pago de gastos médicos por concepto de hospitalización, medicinas, atención médica, enfermeras, servicio de ambulancia y gastos de entierro, originados por lesiones corporales que sufra el Asegurado o cualquier persona ocupante del automóvil, en accidentes ocurridos mientras se encuentren dentro de la cabina destinada al transporte de personas o como consecuencia del robo total del automóvil con uso de violencia.

COBERTURA F): EQUIPO ESPECIAL

BIENES AMPARADOS.

Se entenderá por equipo especial cualquier parte, accesorio, rótulo, adaptación o conversión instalada en el automóvil a petición expresa del comprador o propietario, en adición a las partes y accesorios con los que el fabricante ensambla originalmente a cada modelo y tipo específico que presenta al mercado, considerándose amparado únicamente el equipo descrito en la relación de incisos de esta póliza.

RIESGOS AMPARADOS.

Bajo esta cobertura se amparan los bienes descritos en la relación de incisos de esta póliza contra:

Daños materiales que sufra el equipo especial instalado en el automóvil, a consecuencia de los riesgos descritos en la cobertura de daños materiales otorgada al automóvil portador del equipo especial.

El robo, daño o pérdida del equipo especial a consecuencia del robo total del automóvil y de los daños o pérdidas materiales amparados bajo la cobertura de robo total otorgadas al automóvil portador del equipo especial.

COBERTURA G): EXTENSIÓN TERRITORIAL

Siempre y cuando este amparado bajo la cobertura de esta póliza, y se amparan los daños materiales, pérdidas o responsabilidades que se generen por el uso del automóvil asegurado y gozarán de protección en los mismos términos y condiciones descritos en la póliza aun cuando circule o se encuentre temporalmente en las Repúblicas de Nicaragua, El Salvador, Guatemala, Costa Rica y Panamá.

Para la prestación de servicios en los países antes señalados, la Compañía contará con el apoyo de su proveedor de asistencia, para lo cual el asegurado deberá contactarse al Tel. (504) 2275-1111.

Asimismo, queda expresamente entendido y convenido que: En caso de accidente que ocurra fuera del Territorio de la Republica de Honduras, el deducible que aplicará será el doble de lo estipulado en la póliza.

COBERTURA H): ACCIDENTES PARA OCUPANTES

Se entenderá por accidente automovilístico de los ocupantes, todo acontecimiento proveniente única y directamente de una causa externa súbita, violenta, fortuita y evidente, que produzca lesiones corporales o la muerte en las personas ocupantes del automóvil mientras se encuentre dentro de la cabina del mismo. Bajo esta cobertura quedan amparados los ocupantes del automóvil asegurado hasta por el límite descrito en la relación de incisos de esta póliza.