

Seguro de Transporte

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 ☐ Camet de Residente ☐ No. de Identificación:						
Lugar de Nacimiento		Fecha de Nacimiento		Edad	Nacionalidad	Sexo
Ciudad	País	D	M	A		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): _____			

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?		

(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: _____

Oferta para Póliza:	Específica ☐	Declarativa ☐
Suma Propuesta L.	Estimación Anual Import./Export. L.	
Límite Máximo por Embarque según Vía:		
Marítima L.	Aérea L.	Terrestre L.

3.

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

4. Beneficiarios del Seguro

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

5. Actividad del Negocio

6. Cobertura Básica		
1- Transporte Marítimo	4- Envíos Postales	Tasa %
2- Alijo	5- Protección Adicionales- Variaciones	
3- Terrestre y/o Aéreo	6- Interrupción en el Transporte	

El seguro de Transporte esta diseñado para amparar todo aquello que sea trasladado de un lugar a otro utilizando un medio de transporte a cualquier parte del mundo por medio de cualquiera de las tres vías: Terrestre, Aérea o Marítima.

7. Riesgos Especiales							
No.	Detalle	Tasa %	Amparado/ Excluido	No.	Detalle	Tasa %	Amparado/ Excluido
1	Robo Total			8	Oxidación		
2	Robo Parcial			9	Roturas		
3	Mojaduras de Agua de Mar			10	Merma y/o Derrames		
4	Mojaduras de Agua Dulce			11	Todo Riesgo de Transporte		
5	Contacto con Otras Cargas			12	Carga Sobre cubierta adicionada a los riesgos ordinarios marítimos		
6	Manchas						
7	Guerra a Flote			13	Huelgas y/o Alborotos Populares		
Cláusula de Bodega a Bodega:				Sí ☐ No ☐			

[illegible]

9. Nombre de la Empresa Transportista (Indique Medio de Transporte)
Transportado(s) por:

10. Consignatario	
Nombre, Razón o Denominación Social:	
Dirección:	

11. Resumen

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

La tasa de conversión que se operó es de Lps.

Prima Neta

Impuesto

Gastos de Emisión

PRIMA TOTAL

Numero de Pagos:

12. Deducible**13. 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.

Datos de la cuenta Bancaria

* No. De Cuenta Bancaria en Davivienda:

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 entregada 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

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 ☐	No ☐
¿Conoce usted, algún riesgo especial en la ocupación, o giro del solicitante?		Si ☐	No ☐
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?		Si ☐	No ☐
¿Con fundamento en la respuestas obtenidas, resultado de la entrevista y demás verificaciones, recomienda al cliente para solicitar el seguro?		Si ☐	No ☐
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:			