

Seguro de Equipo de Contratista y Maquinaria Pesada Móvil



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 <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Camet de Residente <input type="checkbox"/>		No. de Identificación:		
Lugar de Nacimiento		Fecha de Nacimiento		Edad
Ciudad	País	D	M	A
Nacionalidad		Sexo		
		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		
Estado Civil	Soltero <input type="checkbox"/>	Casado <input type="checkbox"/>	Separado <input type="checkbox"/>	Viudo <input type="checkbox"/>
Divorciado <input type="checkbox"/>		Unión Libre <input type="checkbox"/>		
Nombre del Cónyuge	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
Ocupación Actual	Asalariado <input type="checkbox"/>	Independiente <input type="checkbox"/>	Pensionado <input type="checkbox"/>	Ama de Casa <input type="checkbox"/>
Estudiante <input type="checkbox"/>				
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="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
Nombre del Negocio:				
¿Ha desempeñado un cargo público en los últimos cuatro (4) años?		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
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

Residencia: (Indicar ciudad, bloque y número de casa o apartamento)		
País de residencia	Departamento	Municipio
Código de residencia	Dirección de residencia	Código

Dirección Completa de Trabajo:

Cobro

Notificaciones

Residencia: (Indicar ciudad, bloque y número de casa o apartamento)		
País de residencia	Departamento	Municipio
Código de residencia	Dirección	Código

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 34,648.17	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	L 00.01	L 1,000,000.00	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L 34,648.18	L 69,296.34	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	L 1,000,000.01	L 3,000,000.00	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L 69,296.35	L 111,493.90	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	L 3,000,000.01	L 5,000,000.00	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L 111,493.91	L 230,987.80	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	L 5,000,000.01	L 7,500,000.00	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L 230,987.81	L 577,469.50	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	L 7,500,000.01	L 10,000,000.00	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L 577,469.51	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"/>	
Fuente	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): _____			

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 Sinistros 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

4. Beneficiarios del Seguro

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



5. Uso del Equipo y Maquinaria

--

6. Datos de la Maquinaria o Equipo

Marca:	Modelo:
Serie:	Tipo:
Marca del motor:	Fuerza motor:

7. Especificación de Coberturas

No.	Descripción	Suma Propuesta (Lps. o US\$)
1	Cobertura Daños Materiales (obligatoria)	

8. Riesgos que pueden ser cubiertos mediante convenio expreso

	Descripción	Amparado/Excluido	Tasa Por Ciento %
1	Huelgas, disturbios obreros, motines o alborotos populares, Sabotaje, actos de personas mal intencionadas		
2	Operaciones bajo tierra		
3	Gastos extraordinarios erogados por el siniestro indemnizable (Limite máximo de indemnización L.)		
4	Responsabilidad civil Daños a terceros en sus bienes (Limite máximo de indemnización)		
5	Responsabilidad civil contra toda pérdida o daño fisico ocurrido a los bienes asegurados por causas extemas: a)Maquinaria de Contratista , b) Maquinaria Agricola (Limite máximo de indemnización)		
6	Responsabilidad Civil Limite Único y Combinado		

9. Datos Adicionales

1	El equipo y la maquinaria a asegurar están parcial o totalmente alquilados	SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>
	En caso afirmativo indicar nombre y dirección del propietario: _____		
2	El equipo y la maquinaria están expuestos en forma extraordinaria a riesgos especiales:		
	Incendio, explosión	SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>
	Huracán/ciclón	SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>
	Derrumbes	SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>
	Terremoto, volcanismo	SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>
	Avenida, inundación	SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>
	Uso de explosivos	SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>
	Labores en montañas	SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>
	Labores subterráneas	SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>
	Otros	SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>
3	Desea usted asegurar el transporte dentro del país: SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> En caso afirmativo especifique: _____		
	Valor máximo por cada medio de transporte L. _____		

Nota: Adjuntar la declaración completa de cada equipo y maquinaria por asegurar con su respectivo valor de reposición.

10. Otras Cláusulas Especiales

--

11. Resumen

	Detalle	Suma Propuesta(Lps. o US\$)	Tasa por ciento %	Valor Prima (Lps. O US\$)
1				
2				
3				
4				



Prima Neta	
Impuesto	
Gastos de Emisión	
PRIMA TOTAL	

Numero de Pagos:

12. Deducible

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 condiciones Particulares de la póliza
 Las Condiciones Generales y Condiciones Particulares de esta póliza se encuentran disponibles para su revisión en la página www.davivienda.com.hn

Lugar y Fecha:

Firma del Solicitante	Para uso exclusivo de la Compañía de Seguros Firma de Aprobación

LA0060
Febrero 2019

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:	

