

# Seguro de Equipo de Contratista y Maquinaria Pesada Móvil



Solicitud de Seguro (Persona Jurídica)

Expediente No.

Marcar con  la opción escogida

**1. Datos Generales del Contratante** Persona Jurídica  Empresa de Gobierno  Entidad Supervisada  ONG

Razón Social		Nombre Comercial	
Tipo de Capital: Pública <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Mixta <input type="checkbox"/>		R.T.N (adjuntar fotocopia):	
Giro/actividad económica:			
Nombre del Contador:			
No. Inscripción en Registro Mercantil (anexar copia escritura social)		Pais de Constitución	Fecha de Constitución
Dirección Completa:			
¿La Empresa pertenece a un Grupo Financiero o Económico? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Nombre del Grupo Financiero o Económico:			
¿La Empresa cuenta con filiales en el extranjero? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		¿Dónde?	
¿La Empresa previene y controla el lavado de activos y financiamiento al terrorismo? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Proveedores Principales			
Nombre Completo		Nombre Comercial	

**Información Financiera**

Montos declarados		Ingresos	Egresos	Montos declarados		Activos	Pasivos
L 00.01	L 250,000.00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L 00.01	L 500,000.00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L 250,000.01	L 500,000.00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L 500,000.01	L 1,000,000.00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L 500,000.01	L 1,000,000.00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L 1,000,000.01	L 3,000,000.00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L 1,000,000.01	L 3,000,000.00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L 3,000,000.01	L 5,000,000.00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L 3,000,000.01	L 5,000,000.00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L 5,000,000.01	L 10,000,000.00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L 5,000,000.01	L 10,000,000.00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L 10,000,000.01	L 15,000,000.00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L 10,000,000.01	L 15,000,000.00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L 15,000,000.01	L 20,000,000.00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L 15,000,000.01	L 20,000,000.00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L 20,000,000.01	L 30,000,000.00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L 20,000,000.01	En adelante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L 30,000,000.01	En adelante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



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):			

Información de Accionistas o Asociados (con el 5% 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 accionaria en una Hoja Adicional"

Favor indicarnos los miembros que forman parte de la Junta Directiva

Nombre	Puesto que desempeña en la Junta Directiva

**2. Datos Generales del Representante Legal**

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	RTN
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	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"/>			
Nombre del Cónyuge	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
Ocupación Actual	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	Actividad económica	Actividad comercial		
Nombre de la Empresa donde labora	Posición/Cargo que desempeña	Antigüedad laboral		
¿Posee negocio propio? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>				
Nombre del Negocio:				
¿Ha desempeñado un cargo Público en los últimos cuatro (4) años? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>				
Nombre de la Institución	Nombre del cargo desempeñado	Desde	Hasta	

**Dirección Completa de Residencia:**

Calle, Número y Nombre de la Manzanera y Correo Electrónico		
Dirección Postal	Dirección Electrónica	Manzanera
Código Postal	Teléfono de Residencia	Celular



**Dirección Completa de Trabajo:**

Ejemplo: Dirección Financiera S.A. - Lima - Perú		
Punto de contacto:	Departamento:	Municipio:
Contacto telefónico:	Provincia:	Ciudad:

**Información Financiera del Representante Legal**

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"/>	

**3. Persona Autorizada para contratar (En caso de que sea distinta al Representante Legal)**

Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	RTN
Tarjeta de Identidad <input type="radio"/> Pasaporte <input type="radio"/> Camet de Residente <input type="radio"/>		No. de Identificación:		
Lugar de Nacimiento	Fecha de Nacimiento	Edad	Nacionalidad	Sexo
Casado <input type="radio"/> P.D. <input type="radio"/>	D. <input type="radio"/> M. <input type="radio"/> A. <input type="radio"/>			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"/>			
Nombre del Cónyuge	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
Ocupación Actual	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	Actividad económica	Actividad comercial		
Nombre de la Empresa donde labora	Posición/Cargo que desempeña	Antigüedad laboral		
¿Posee negocio propio? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>				
Nombre del Negocio:				
¿Ha desempeñado un Cargo Público en los últimos cuatro (4) años?			Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	
Nombre de la Institución	Nombre del cargo desempeñado	Desde	Hasta	



**Dirección Completa de Residencia:**

Residencia (si mantiene una habitación o más de una)		
País de Residencia	Departamento	Municipio
Código Postal	Teléfono de Residencia	Ciudad

**Información Financiera de la Persona Autorizada para Contratar**

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"/>	

**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: \_\_\_\_\_

**4. 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?		

**5. 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

**6. Beneficiarios del Seguro**

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



**7. Uso del Equipo y Maquinaria**

--

**8. Datos de la Maquinaria o Equipo**

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

**9. Especificación de Coberturas**

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

**10. 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 crogados 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 perdida o daño físico ocurrido a los bienes asegurados por causas externas: a) Maquinaria de Contratista , b) Maquinaria Agrícola (Limite máximo de indemnización )		
6	Responsabilidad Civil Limite Único y Combinado		

**11. 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
	Terremoto, volcanismo	SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>	Avenida, inundación
	Labores en montañas	SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>	Labores subterráneas
				Derrumbes
				Uso de explosivos
				Otros
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.

**12. Otras Cláusulas Especiales**

--

**13. 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	
<b>PRIMA TOTAL</b>	

Numero de Pagos:

**14. 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](http://www.davivienda.com.hn)

Lugar y Fecha:

Firma del Solicitante

Para uso exclusivo de la Compañía de Seguros

Firma de Aprobación



**Información del Agente/Asesor de Seguros**

Para ser completado por el funcionario, intermedario 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 la 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:	<b>Firma del responsable de la entrevista</b>
Departamento:	
Fecha:	

