

**SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL  
(GENERALES Y RIESGOS PROFESIONALES)  
SOLICITUD DE SEGURO (PERSONA NATURAL)**

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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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
Ciudad	País	D	M	A
Nacionalidad		Sexo		
<input type="text"/>		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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ocupación Actual	Asalariado <input type="radio"/>	Independiente <input type="radio"/>	Pensionado <input type="radio"/>	Ama de Casa <input type="radio"/>
Profesión u oficio		Actividad económica		Actividad comercial
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre de la empresa donde labora		Posición/Cargo que desempeña		Antigüedad laboral
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
¿Posee negocio propio?	Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/>		
Nombre del Negocio:				
Giro/Actividad del Negocio			URMOPRELAFT	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
¿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
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
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	
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	

**Dirección Completa de Residencia:** Cobro  Notificaciones

Residencial/barrio/colonia,bloque,avenida,calle,casa		
Punto de referencia	Departamento	Municipio
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Correo electrónico	Teléfono de residencia	Celular
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Dirección Completa de Trabajo:** Cobro  Notificaciones

Residencial/barrio/colonia,bloque,avenida,calle,edificio		
Punto de referencia	Departamento	Municipio
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Correo electrónico	Teléfono	Fax
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Por favor seleccione en cuál dirección desea que se le realicen los cobros y notificaciones de la póliza de seguro.

**SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL  
(GENERALES Y RIESGOS PROFESIONALES)  
SOLICITUD DE SEGURO (PERSONA NATURAL)**

**Información Financiera**

Montos declarados		Ingresos	Egresos	Montos declarados		Activos	Pasivos
L 00.01	L 37,073.52	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	L 00.01	L 1,000,000.00	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L 37,073.53	L 74,147.04	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	L 1,000,000.01	L 3,000,000.00	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L 74,147.05	L 123,578.40	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	L 3,000,000.01	L 5,000,000.00	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L 123,578.41	L 247,156.80	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	L 5,000,000.01	L 7,500,000.00	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L 247,156.81	L 617,892.00	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	L 7,500,000.01	L 10,000,000.00	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L 617,892.01	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): _____		

(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 Sinistros ocurridos en los últimos tres años?		

**3. Ubicación de los bienes por asegurar**

Residencial/barrio/colonia,bloque,avenida,calle,casa		
Punto de Referencia	Municipio	Departamento

**4. Vigencia del Seguro (Para uso exclusivo del área Técnica)**

Desde:	Hasta:
--------	--------

¿La Póliza es para asegurar bienes personales o bienes de terceros? Bienes Personales <input type="radio"/> Bienes de Terceros <input type="radio"/>		
Nombre de la Tercera Persona (s)	Número de Identidad	Actividad Comercial

**5. Beneficiarios del Seguro**

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

**SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL  
(GENERALES Y RIESGOS PROFESIONALES)  
SOLICITUD DE SEGURO (PERSONA NATURAL)**

**6. Actividad del Negocio**

Actividad Principal:		
Número de Empleados:	Planilla Anual:	Utilidades Año Anterior:
Existen Colindantes:    SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>		
Especifique:		

**7. Especificación de Coberturas**

No	Descripción	Suma Propuesta (Lps. o US\$)
1		
2		
3		
4		
5		
Total		

**8. Otras Cláusulas Especiales**

--

**9. Resumen**

No	Detalle	Suma Propuesta (Lps. O US\$)	Tasa Por Ciento %	Valor Prima
1				
2				
3				
4				
5				

Prima Neta	
Impuesto	
Gastos de Emisión	
<b>PRIMA TOTAL</b>	

**Numero de Pagos:**

**10. Deducible**

--



**SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL  
(GENERALES Y RIESGOS PROFESIONALES)  
SOLICITUD DE SEGURO (PERSONA NATURAL)**

**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.

Asímismo, 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.

**SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL  
(GENERALES Y RIESGOS PROFESIONALES)  
SOLICITUD DE SEGURO (PERSONA NATURAL)**

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

**Lugar y Fecha:**

Para uso exclusivo de la Compañía de Seguros

**Firma del Solicitante**

**Firma de Aprobación**

LA0058  
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? <span style="float: right;">Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/></span>	
¿Conoce usted, algún riesgo especial en la ocupación, o giro del solicitante? <span style="float: right;">Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/></span>	
Especifique:	
Informo que mi relación con el potencial cliente es de tipo: <span style="margin-left: 20px;">Familiar <input type="radio"/></span> <span style="margin-left: 20px;">Personal <input type="radio"/></span> <span style="margin-left: 20px;">Referido <input type="radio"/></span> <span style="margin-left: 20px;">Ninguna <input type="radio"/></span>	
¿Considera que el valor de los bienes objeto de seguro guardan relación con la actividad del cliente y su capacidad económica? <span style="float: right;">Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/></span>	
¿Con fundamento en la respuestas obtenidas, resultado de la entrevista y demás verificaciones, recomienda al cliente para solicitar el seguro? <span style="float: right;">Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/></span>	
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:	