

Seguro de Rotura de Maquinaria

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	Nacionalidad
Ciudad	País	D M A		
Estado Civil	Soltero <input type="radio"/>	Casado <input type="radio"/>	Separado <input type="radio"/>	Viudo <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"/>
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:				
Giro/Actividad del Negocio			URMOPRELAFT	
¿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"/>
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
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
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.

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): _____			

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 Siniestros ocurridos en los últimos tres años? _____

3. Ubicación de los bienes por asegurar

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

4. Vigencia (Para uso exclusivo del área Técnica)

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

¿La Póliza es para asegurar bienes personales o bienes de terceros? Bienes Personales Actividad Comercial Bienes de Terceros

Nombre de la Tercera Persona (s)	Número de Identidad

5. Beneficiarios del Seguro

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

6. Actividad del Bien o Bienes por Asegurar

--

7. Especificaciones de la Coberturas

COBERTURA:

Riesgos Cubiertos

Cobertura Básica (Obligatoria)

Dentro de la cobertura básica descrita en las Condiciones Generales del producto anexa a la documentación presentada se incluye la cobertura de los daños sufridos a consecuencia de las siguientes acciones:

- a) Impericia, negligencia y actos malintencionados individuales del personal o de extraños al Asegurado.
- b) La acción directa de la energía eléctrica a consecuencia de corto circuitos, arcos voltaicos y otros efectos similares, así como los debidos a perturbaciones eléctricas consecuentes a la caída del rayo en las proximidades de la instalación.
- c) Errores en diseño, cálculo o montaje, defectos de fundición, de material, de construcción, de mano de obra y empleo de materiales defectuosos.
- d) Falta de agua en calderas y otros aparatos productores de vapor.
- e) Fuerza centrífuga, pero solamente la pérdida o daño sufrido por desgarramiento en la máquina misma.
- f) Cuerpos extraños que se introduzcan en los bienes asegurados o los golpeen.
- g) Defectos de engrase, aflojamiento de piezas, esfuerzos anormales y auto calentamiento.
- h) Fallos en los dispositivos de regulación.
- i) Tempestad, granizo, helada y deshielo.
- j) Otros descritos en las condiciones generales y que no estén expresamente excluidos en las mismas.

	Descripción	Suma Propuesta (Lps. o US\$)
1	Cobertura Básica (adjuntar detalle)	

8. Coberturas Opcionales

El cual no representa ningún costo adicional para el asegurado

	Descripción	Amparado/Excluido	Tasa Por Ciento %
1	Responsabilidad Civil Limite Único y Combinado		
2	Flete Aéreo		
3	Gastos por tiempo extra		
4	Lucro Cesante		

Prima Neta	
Impuesto	
Gastos de Emisión	
PRIMA TOTAL	

Numero de Pagos:

9. Deducible

--

10. 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 Visa Master Card American Express
 Débito
 Vencimiento de la Tarjeta: Mes: _____ Año: _____
 Banco emisor de la Tarjeta: _____ Moneda: LPS USD
 Titular de la Tarjeta: _____

* Sí 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 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

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 <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:			
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 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:	Firma del responsable de la entrevista		
Departamento:			
Fecha:			