

Seguro de Rotura de Maquinaria

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:		URMOPRELAFT	
Nombre del Contador:			
No. Inscripción en Registro Mercantil (anexar copia escritura social)		País de Constitución	Fecha de Constitución
Dirección Completa:			
Departamento	Municipio	Teléfono	Fax
Correo electrónico		Sitio Web	
¿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 accionaría 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
Ciudad	País	D M A		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:				
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	

Dirección Completa de Residencia:

Residencial/barrio/colonia,bloque,avenida,calle,casa/Punto de Referencia		
Municipio	Ciudad	Departamento
Correo electrónico	Teléfono de Residencia	Celular

Dirección Completa de Trabajo:

Residencial/barrio/colonia,bloque,avenida,calle,edificio		
Punto de referencia	Departamento	Municipio
Correo electrónico	Teléfono	Fax

Información Financiera del Representante Legal

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"/>	

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"/> Carnet de Residente <input type="radio"/>		No. de Identificación:		
Lugar de Nacimiento		Fecha de Nacimiento	Edad	Nacionalidad
Ciudad	País	D	M	A
Estado Civil		Sexo		
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"/>		F <input type="radio"/> M <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:				
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

Dirección Completa de Residencia:

Residencial/barrio/colonia,bloque,avenida,calle,casa/Punto de Referencia		
Municipio	Ciudad	Departamento
Correo electrónico	Teléfono de Residencia	Celular

Información Financiera de la Persona Autorizada para Contratar

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"/>

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 Siniestros ocurridos en los últimos tres años?

5. Ubicación de los bienes por asegurar

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

6.**Vigencia:**

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

7. Beneficiarios del Seguro

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

8. Actividad del Bien o Bienes por Asegurar

--

9. 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)	

10. 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:

11. Deducible

--

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:			