

Seguro de Responsabilidad Civil

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="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		
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
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

Residencial/barrio/colonia,bloque,avenida,calle,casa		
Punto de referencia	Departamento	Municipio
Correo electrónico	Teléfono de residencia	Celular

Dirección Completa de Trabajo: Cobro Notificaciones

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

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): _____			

(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 Siniestros 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

6. Actividad del Negocio

Actividad Principal:

Número de Empleados:

Planilla Anual:

Utilidades Año Anterior:

Existen Colindantes: SI NO

Especifique:

7. Riesgo que se podrán contratar mediante convenio expreso

No	Descripción	Suma Propuesta (Lps. o US\$)
A	Responsabilidad Civil General	
1	Predios y Operaciones (Obligatoria)	
2	Productos (Opcional)	
3	Rotulos (Opcional)	
4	Estacionamientos (Opcional)	
5	Responsabilidad Civil Cruzada (Opcional)	
6	Responsabilidad Civil por Daños a Terceros en sus Personas	
7	Responsabilidad Civil por Daños a Terceros en sus Bienes	
B	Responsabilidad Civil General	
1	Responsabilidad Civil Profesional para Agentes de Seguros	
	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	
PRIMA TOTAL	

Numero de Pagos: **10. Deducible**

--

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

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?		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:		