

Seguro de Responsabilidad Civil

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 ☐ Privada ☐ Mixta ☐		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 ☐ No ☐			
Nombre del Grupo Financiero o Económico:			
¿La Empresa cuenta con filiales en el extranjero? Si ☐ No ☐		¿Dónde?	
¿La Empresa previene y controla el lavado de activos y financiamiento al terrorismo? Si ☐ No ☐			
Proveedores Principales			
Nombre Completo		Nombre Comercial	

Información Financiera

Montos declarados		Ingresos	Egresos	Montos declarados		Activos	Pasivos
L 00.01	L 250,000.00	☐	☐	L 00.01	L 500,000.00	☐	☐
L 250,000.01	L 500,000.00	☐	☐	L 500,000.01	L 1,000,000.00	☐	☐
L 500,000.01	L 1,000,000.00	☐	☐	L 1,000,000.01	L 3,000,000.00	☐	☐
L 1,000,000.01	L 3,000,000.00	☐	☐	L 3,000,000.01	L 5,000,000.00	☐	☐
L 3,000,000.01	L 5,000,000.00	☐	☐	L 5,000,000.01	L 10,000,000.00	☐	☐
L 5,000,000.01	L 10,000,000.00	☐	☐	L 10,000,000.01	L 15,000,000.00	☐	☐
L 10,000,000.01	L 15,000,000.00	☐	☐	L 15,000,000.01	L 20,000,000.00	☐	☐
L 15,000,000.01	L 20,000,000.00	☐	☐	L 20,000,000.01	L 30,000,000.00	☐	☐
L 20,000,000.01	En adelante	☐	☐	L 30,000,000.01	En adelante	☐	☐

Detalle el origen de los recursos: _____

¿Recibe otros ingresos adicionales al de su actividad principal? Si ☐ No ☐		Realiza transacciones en moneda extranjera? Si ☐ No ☐
Fuente	Valor mensual	Tipo de Moneda: Dólar ☐ Euro ☐ Otra: ☐
¿Posee Productos en Banco Davivienda? Si ☐ No ☐ 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 ☐ Pasaporte ☐ Carnet de Residente ☐		No. de Identificación:		
Lugar de Nacimiento		Fecha de Nacimiento	Edad	Nacionalidad
Ciudad	País	D M A		Sexo F ☐ M ☐
Estado Civil	Soltero ☐ Casado ☐ Separado ☐ Viudo ☐ Divorciado ☐ Unión Libre ☐			
Nombre del Cónyuge	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
Ocupación Actual	Asalariado ☐ Independiente ☐ Pensionado ☐ Ama de Casa ☐ Estudiante ☐			
Profesión u oficio		Actividad económica	Actividad comercial	
Nombre de la Empresa donde labora		Posición/Cargo que desempeña	Antigüedad laboral	
¿Posee negocio propio? Si ☐ No ☐				
Nombre del Negocio:				
Giro/Actividad del Negocio			URMOPRELAFT	
¿Ha desempeñado un cargo Público en los últimos cuatro (4) años? Si ☐ No ☐				
Nombre de la Institución		Nombre del cargo desempeñado	Desde	Hasta

Dirección Completa de Residencia:

Residencial/barrio/colonia,bloque,avenida,calle,casa		
Punto de referencia	Departamento	Municipio
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	☐	☐	L 00.01	L 1,000,000.00	☐	☐
L 37,073.53	L 74,147.04	☐	☐	L 1,000,000.01	L 3,000,000.00	☐	☐
L 74,147.05	L 123,578.40	☐	☐	L 3,000,000.01	L 5,000,000.00	☐	☐
L 123,578.41	L 247,156.80	☐	☐	L 5,000,000.01	L 7,500,000.00	☐	☐
L 247,156.81	L 617,892.00	☐	☐	L 7,500,000.01	L 10,000,000.00	☐	☐
L 617,892.01	En adelante	☐	☐	L 10,000,000.01	En adelante	☐	☐

Detalle el origen de los recursos: _____

¿Recibe otros ingresos adicionales al de su actividad principal? Si ☐ No ☐		Realiza transacciones en moneda extranjera? Si ☐ No ☐
Fuente:	Valor mensual:	Tipo de Moneda: Dólar ☐ Euro ☐ Otra: ☐

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 ☐ Pasaporte ☐ Carnet de Residente ☐ No. de Identificación:				
Lugar de Nacimiento		Fecha de Nacimiento	Edad	Nacionalidad
Ciudad	País	D M A		Sexo F ☐ M ☐
Estado Civil	Soltero ☐ Casado ☐ Separado ☐ Viudo ☐ Divorciado ☐ Unión Libre ☐			
Nombre del Cónyuge	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
Ocupación Actual	Asalariado ☐ Independiente ☐ Pensionado ☐ Ama de Casa ☐ Estudiante ☐			
Profesión u oficio		Actividad económica	Actividad comercial	
Nombre de la empresa donde labora		Posición/Cargo que desempeña	Antigüedad laboral	
¿Posee negocio propio? Si ☐ No ☐				
Nombre del Negocio:				
Giro/Actividad del Negocio			URMOPRELAFT	
¿Ha desempeñado un cargo Público en los últimos cuatro (4) años? Si ☐ No ☐				
Nombre de la Institución	Nombre del cargo desempeñado	Desde	Hasta	

Dirección Completa de Residencia:

Residencial/barrio/colonia,bloque,avenida,calle,casa/Punto de Referencia		
Punto de referencia	Departamento	Municipio
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	☐	☐	L 00.01	L 1,000,000.00	☐	☐
L 37,073.53	L 74,147.04	☐	☐	L 1,000,000.01	L 3,000,000.00	☐	☐
L 74,147.05	L 123,578.40	☐	☐	L 3,000,000.01	L 5,000,000.00	☐	☐
L 123,578.41	L 247,156.80	☐	☐	L 5,000,000.01	L 7,500,000.00	☐	☐
L 247,156.81	L 617,892.00	☐	☐	L 7,500,000.01	L 10,000,000.00	☐	☐
L 617,892.01	En adelante	☐	☐	L 10,000,000.01	En adelante	☐	☐

Detalle el origen de los recursos: _____

¿Recibe otros ingresos adicionales al de su actividad principal? Si ☐ No ☐		Realiza transacciones en moneda extranjera? Si ☐ No ☐
Fuente:	Valor mensual:	Tipo de Moneda: Dólar ☐ Euro ☐ Otra: ☐

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	Departamento	Municipio

6. 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

7. Beneficiarios del Seguro

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

8. Actividad del Negocio

Actividad Principal:

Número de Empleados:

Planilla Anual:

Utilidades Año Anterior:

Existen Colindantes: SI ☐ NO ☐

Especifique:

9. 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		

10. Otras Cláusulas Especiales**11. 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:

12. Deducible

13. 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:

* Si 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:

Dedaráción 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.

Dedaráción 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

LA0058B
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 ☐ No ☐
¿Conoce usted, algún riesgo especial en la ocupación, o giro del solicitante?		Si ☐ No ☐
Especifique:		
Informo que mi relación con el potencial cliente es de tipo: Familiar ☐ Personal ☐ Referido ☐ Ninguna ☐		
¿Considera que el valor de los bienes objeto de seguro guardan relación con la actividad del cliente y su capacidad económica?		Si ☐ No ☐
¿Con fundamento en la respuestas obtenidas, resultado de la entrevista y demás verificaciones, recomienda al cliente para solicitar el seguro?		Si ☐ No ☐
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:		