

Seguro de Calderas  
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"/> Camet de Residente <input type="radio"/> No. de Identificación:				
Lugar de Nacimiento		Fecha de Nacimiento		Edad
Ciudad	País	D	M	A
Nacionalidad				
Sexo <input type="radio"/> F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>				
Estado Civil <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> 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? <input type="radio"/> 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? <input type="radio"/> 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 34,648.17	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	L 00.01	L 1,000,000.00	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L 34,648.18	L 69,296.34	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	L 1,000,000.01	L 3,000,000.00	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L 69,296.35	L 111,493.90	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	L 3,000,000.01	L 5,000,000.00	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L 111,493.91	L 230,987.80	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	L 5,000,000.01	L 7,500,000.00	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L 230,987.81	L 577,469.50	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	L 7,500,000.01	L 10,000,000.00	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L 577,469.51	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): _____			

**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	Ciudad	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	Nº. de Identidad/RTN	Número de Teléfono	Valor del Endoso



**6. Actividad del Bien o Bienes por Asegurar**

--

**7. Descripción de la Caldera**

Marca:	Serie:
Tipo:	Motor:
Año de fabricación:	Forma de adquisición: Nueva <input type="radio"/> Usada <input type="radio"/>
Combustible:	

**8. Especificación de Coberturas**

	Descripción	Suma Propuesta (Lps. o USS)
1	Daños materiales a la Caldera ( con Cobertura Limitada)	
2	Daños materiales a la Caldera ( con Cobertura Amplia)	
3	Gastos Extraordinarios	
4	Responsabilidad Civil Daños a Personas	
5	Responsabilidad Civil Daños a Bienes	
6	Responsabilidad Civil Límite Único y Combinado	
<b>Total</b>		

**9. Otras Clausulas Especiales**

--

**10. Resumen**

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

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

Numero de Pagos:

**11. Deducible**

--



**12. 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  Débito  Visa  Master Card  American Express   
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: \_\_\_\_\_

Lugar y Fecha:

Firma del Solicitante

Para uso exclusivo de la Compañía de Seguros

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:	<b>Firma del responsable de la entrevista</b>	
Departamento:		
Fecha:		

