SEGURO DE INCENDIO Y LINEAS ALIADAS
Condiciones Particulares

ASEGURADO		No. POLIZA	
		No. EXPEDIENTE	
		EXPEDIENTE MANCOMUNADO:	
DOMICILIO		VIGENCIA DESDE	
		VIGENCIA HASTA	
TELEFONO		FECHA DE EMISION	
AGENTE		No. RECIBO	

SUMA ASEGURADA TOTAL Lps	**PRIMA TOTAL**	**N° PAGOS**

INCISO 1

Descripción:
Tipo:
Ocupación:
Ubicación del Riesgo:

BIENES ASEGURADOS

COBERTURA BASICA			**SUMA ASEGURADA (Lps)**
INCENDIO Y/O RAYO	Lps.	AVIONES, VEHICULOS Y HUMO	Lps.
MOTÍN, HUELGAS Y ALBOROTOS POPULARES			
DAÑO MALICIOSO		EXPLOSION	
HURACÁN, TIFÓN, TORNADO, CICLÓN, VIENTOS TEMPESTUOSOS Y/O GRANIZO		INUNDACIÓN, MAREJADA Y REBOSO DE MAR.	
TERREMOTO, TEMBLOR Y/O ERUPCIÓN VOLCÁNICA		DAÑOS POR AGUA	
		DAÑOS POR DESLIZAMIENTO	

Lps

BENEFICIARIO	**PARENTESCO**	**PARTICIPACIÓN**
		Lps

COBERTURAS ADICIONALES

ROBO CON VIOLENCIA O FUERZA
ASALTO A MANO ARMADA O INTENTO DEL MISMO
ROTURA DE CRISTALES
RÓTULOS
ANTENAS

CONDICIONES ESPECIALES

FIRMA AUTORIZADA

Lic. Jorge Cano Lobo
DIRECTOR GENERAL DE SEGUROS

Seguros Bolívar Honduras S.A. (SEGUROS DAVIVIENDA)

RTN: 08019004236284

Tegucigalpa:Oficina Principal Davivienda, 2do Nivel Intersección Blvd. Suyapa y Blvd. Centroamérica.Tegucigalpa, Honduras C.A.
San Pedro Sula: Barrio Guamilito primera calle, 7 Ave. Nor Oeste, Edificio corporativo Banco DAVIVIENDA.
La Ceiba: Barrio el Centro Ave. La Republica, 10 calle
honduras_segurosCob@davivienda.com.hn TEL:(504) 2275-1111

NOTA:
Los documentos emitidos por las instituciones de seguros representan documentos fiscales válidos ante el SAR, sin requerir autorización por parte de este ente fiscal, de acuerdo a lo establecido en el Acuerdo 725 - 2018 publicado en el diario oficial La Gaceta el día 12 de noviembre de 2018, Artículo No.8 "Otros Comprobantes".

ASEGURADO		No. POLIZA	
		No. EXPEDIENTE	
		EXPEDIENTE MANCOMUNADO:	
DOMICILIO		VIGENCIA DESDE	
		VIGENCIA HASTA	
TELEFONO		FECHA DE EMISION	
AGENTE		No. RECIBO	

DESCRIPCIÓN		LEMPIRAS	
SEGURO DE INCENDIO Y LINEAS ALIADAS	PRIMA		
	GASTOS DE EMISIÓN		
TOTAL EN LETRAS *LEMPIRAS*:	CONTRIBUCIÓN BOMBEROS (5%)		
	SUB TOTAL EXENTO		
	SUB TOTAL EXONERADO		
	SUB TOTAL GRAVADO		
	IMPUESTO SOBRE VENTA		
	TOTAL A PAGAR		

DETALLE DE PAGOS					
FECHA DE VENCIMIENTO	***VALOR***	***FECHA DE VENCIMIENTO***	***VALOR***	***FECHA DE VENCIMIENTO***	***VALOR***
	L.				

DATOS ADQUIRIENTE EXONERADO

NÚMERO DE CORRELATIVO DE ORDEN DE COMPRA EXENTA	
NÚMERO DE CORRELATIVO CONSTANCIA REGISTRO DE EXONERADO	
NÚMERO IDENTIFICADO SAG	

En caso que el asegurado o contratante autoriza pólizas en moneda extranjera deberá pagar su prima de seguros en moneda extranjera o equivalente en Lempiras al tipo de cambio vigente en la fecha de pago.

ORIGINAL: CLIENTE
COPIA: OBLIGADO TRIBUTARIO EMISOR **ORIGINAL**

Texto Registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros Según Resolución POL No.1/14-01-2025.

SEGURO DE INCENDIO Y LINEAS ALIADAS

ANEXOS

ASEGURADO		No. POLIZA	
		No. EXPEDIENTE	
		EXPEDIENTE MANCOMUNADO:	
DOMICILIO		VIGENCIA DESDE	
		VIGENCIA HASTA	
TELEFONO		FECHA DE EMISION	
AGENTE		No. RECIBO	

ANEXO DE ACEPTACION DE CONDICIONES

QUEDA EXPRESAMENTE ENTENDIDO Y CONVENIDO QUE EL GIRO DEL NEGOCIO DE LA PÓLIZA ARRIBA CITADA QUEDA REGISTRADO DE LA SIGUIENTE FORMA

*-GIRO DEL NEGOCIO GENERAL:

*-GIRO DEL NEGOCIO ESPECÍFICO:

QUEDAN REGISTRADOS CON COBERTURA PARA LA PRESENTE PÓLIZA.

ESTIMADO ASEGURADO FAVOR REVISAR LA INFORMACION DESCRITA; CUALQUIER INCONSISTENCIA EN RELACION A LO SOLICITADO, NOTIFICAR A ESTA COMPAÑÍA DENTRO DE LOS PRIMEROS QUINCE (15) DIAS, A PARTIR DE LA FECHA DE RECIBIDO DE ESTE DOCUMENTO; CASO CONTRARIO DARA LUGAR A LA ACEPTACION DE LOS TERMINOS EXPRESADOS EN EL MISMO.

QUEDAN SIN MODIFICACION ALGUNA LOS DEMAS TERMINOS Y CONDICIONES DE LA PRESENTE POLIZA A LO CUAL SE ADHIERE ESTE ANEXO.

Texto Registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros Según Resolución POL No.1/14-01-2025.

SEGURO DE INCENDIO Y LINEAS ALIADAS

Condiciones Particulares
BENEFICIARIO PREFERENTE

ASEGURADO		No. POLIZA	
		No. EXPEDIENTE	
		EXPEDIENTE MANCOMUNADO:	
DOMICILIO		VIGENCIA DESDE	
		VIGENCIA HASTA	
TELEFONO		FECHA DE EMISION	
AGENTE		No. RECIBO	

BENEFICIARIO

Se hace constar: que a partir del __ de _____ del 20___, en caso de pérdidas que afecten los bienes amparados bajo la presente póliza, la indemnización será pagada preferentemente A:

Dentro de los límites de la póliza arriba citada o según sus intereses puedan corresponder al momento de un siniestro.

Dicha Garantía corresponde a los bienes asegurados en:

Inciso No.1, riesgo ubicado en:

Esta condición sólo podrá ser modificada durante la vigencia de la póliza, mediante comunicación escrita a la Compañía de Seguros, firmada por el beneficiario nombrado en el párrafo anterior.

Coberturas de la Póliza:

Incendio y/o rayo
Motín, huelgas y alborotos populares
Daño malicioso
Huracán, Tifón, Tornado, ciclón, vientos tempestuosos y/o Granizo
Terremoto, Temblor o erupción volcánica
Aviones, vehículos y humo
Explosión
Inundación, marejada y/o reboso de mar
Daños por agua
Daños por deslizamiento

Expedido en la ciudad de Tegucigalpa, M.D.C. por el usuario

_____
FIRMA AUTORIZADA

_____
Lic. Jorge Cano Lobo
DIRECTOR GENERAL DE SEGURO

Texto Registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros Según Resolución POL No.1/14-01-2025.