

# SEGURO DE INCENDIO Y LINEAS ALIADAS

## SOLICITUD DE SEGURO (PERSONA NATURAL)

**Expediente No**


 Marcar con  a opción escogida

I. Datos Generales del Contratante					Persona Natural <input type="radio"/>	Comerciante Individual <input type="radio"/>
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	Nacionalidad	Género	
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	Total Tiempo Laborado		
Si su ocupación actual es Ama de casa o Estudiante complete lo siguiente:						
Nombre completo de la persona de quien depende económicamente:						
Tipo de Identificación: DNI	No. De Identificación	Relación Afinidad	Actividad económica			

**Dirección Completa de Residencia**

 Cobro 

 Notificaciones 

Residencial/barrio/colonia, bloque, avenida, calle, casa					
Punto de referencia		Departamento		Municipio	
País de Residencia	Correo electrónico	Cód. de Área	Teléfono de residencia	Cód. de Área	Celular

**Dirección Completa de Trabajo**

 Cobro 

 Notificaciones 

Residencial/barrio/colonia, bloque, avenida, calle, casa					
Punto de referencia		Departamento		Municipio	
País	Correo electrónico	Cód. de Área	Teléfono	Cód. de Área	Fax

Por favor seleccione en cuál dirección desea que se le realicen los cobros y notificaciones de la póliza de seguro.

**Información Financiera del Asegurado**

Montos declarados	Ingresos	Egresos
De 0 a 3 Salarios Mínimos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De 4 a 6 Salarios Mínimos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De 7 a 10 Salarios Mínimos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De 11 a 20 Salarios Mínimos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De 21 a 50 Salarios Mínimos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De 51 Salarios Mínimos en adelante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Montos declarados		Activos
-	L 1,000,000.00	<input type="radio"/>
L 1,000,001.00	L 3,000,000.00	<input type="radio"/>
L 3,000,001.00	L 5,000,000.00	<input type="radio"/>
L 5,000,001.00	L 7,500,000.00	<input type="radio"/>
L 7,500,001.00	L 10,000,000.00	<input type="radio"/>
L 10,000,001.00	L 999,999,999.00	<input type="radio"/>

Montos declarados		Pasivos
-	L 500,000.00	<input type="radio"/>
L 500,001.00	L 1,000,000.00	<input type="radio"/>
L 1,000,001.00	L 3,000,000.00	<input type="radio"/>
L 3,000,001.00	L 5,000,000.00	<input type="radio"/>
L 5,000,001.00	L 7,500,000.00	<input type="radio"/>
L 7,500,001.00	L 10,000,000.00	<input type="radio"/>
L 10,000,001.00	L 999,999,999.00	<input type="radio"/>

Detalle el origen de los recursos: \_\_\_\_\_ Ingreso total anual L.: \_\_\_\_\_

¿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 monto en Lempiras	Tipo de Moneda: Dólar <input type="radio"/> Euro <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/>	

(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 número telefónico: (504) \_\_\_\_\_
- Correspondencia electrónica (Email). Favor brindar el correo electrónico: \_\_\_\_\_

**II. Información Otros Seguros**

¿En qué otra Compañía tiene o ha tenido seguro?	¿Qué tipo de Seguro?	Suma Asegurada

¿Número de Sinistros ocurridos en los últimos tres años?

**III. Ubicación de los bienes por asegurar**

Residencial/barrio/colonia, bloque, avenida, calle, casa		
Punto de referencia	Departamento	Municipio

**IV. Vigencia (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)	No. De identidad	Actividad Comercial

**V. Beneficiarios del Seguro**

Lempiras  US\$

Nombre/Razón o Denominación Social	No. De identidad/RTN	Parentesco	Cód. de Área	Número de Teléfono	Valor del Endoso

### VI. Beneficiario Final

Nombre/Razón o Denominación Social	Tipo de identificación	N°. de Identidad/RTN	Actividad Comercial
	DNI		
	DNI		
	DNI		

### VII. Actividad del Bien o Bienes por Asegurar

### VIII. Bienes por Asegurar

Lempiras       US\$

	Descripción	Suma Propuesta
1	Edificio(s)(Excluyendo el valor del terreno y cimientos)	
2	Mejoras e Instalaciones	
3	Cerco	
4	Existencia de Mercaderías en Tienda	
5	Existencia de Mercaderías en Bodega	
6	Existencia de Mercaderías en Tienda y Bodega	
7	Existencia de Materia Prima, Productos en Proceso y Terminados	
8	Maquinaria, Equipo y Herramientas	
9	Muebles y Equipo de Oficina	
10	Muebles y Equipo del Negocio	
11	Muebles Particulares, Menaje de Casa y Efectos Personales	
	<b>Total</b>	0.00

### IX. Cobertura Básica

	Descripción	Amparado	Excluido	Tasa Por Ciento %
1	Incendio y/o Rayo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
2	Motín, Huelgas y/o Alborotos Populares	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
3	Daño Malicioso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
4	Huracán, Tifón, Tomado, ciclón, vientos tempestuosos y/o Granizo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
5	Terremoto, Temblor y/o Erupción Volcánica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
6	Aviones, Vehículos y Humo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
7	Explosión	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
8	Inundación, marejada y Rebose de Mar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
9	Daños por Agua	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
10	Daños por Deslizamiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Tasa Neta de Líneas Aliadas			0.00

**X. Coberturas Adicionales**

Lempiras  US\$

	Descripción	Amparado	Excluido	Suma Propuesta
1	Robo con Violencia o Fuerza	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
2	Asalto a mano armada o intento del mismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
3	Rotura de Cristales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
4	Rótulos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
5	Antenas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	<b>TOTAL</b>			<b>0.00</b>

**XI. Cobertura Interrupción de Negocio, o Pérdida de Utilidades, o Lucro Cesante**

Lempiras  US\$

	Detalle	Período de Indemnización	Suma Propuesta	Valores Anuales para Cálculo de Prima
1	Utilidad Neta			
2	Gastos Fijos			
3	Sueldos/ Jornales			

**XII. Cobertura de Renta**

Lempiras  US\$

Renta Mensual	por	Período de Indemnización	por	Suma Propuesta
	x		x	
Utilidad Neta	por	Gastos Fijos	por	Suma Propuesta
Sueldos/ Jornales	x		x	

**XIII. Otras Cláusulas Especiales**

--

**XIV. Resumen**

Lempiras  US\$

	Detalle	Suma Propuesta	Tasa Por Millar				Valor Prima
			Básica	Líneas Aliadas	Otras	Total	
1	Edificio (s)					0.00	0.00
2	Contenidos					0.00	0.00
5	Robo con Violencia o Fuerza						0.00
6	Asalto a mano armada o intento del mismo						0.00
7	Rotura de Cristales						0.00
8	Rótulos						0,00
9	Antenas						0.00
10	Interrupción de Negocio Pérdida de Utilidades (Lucro Cesante)						
11	Pérdida de Rentas						

Primas a pagar	
Prima Neta	
Impuesto	0.00
Contribución obligatoria de bomberos	
Gastos de Emisión	
<b>PRIMA TOTAL</b>	<b>0.00</b>

Numero de Pagos: \_\_\_\_\_

#### XV. Forma de Pago

Ventanilla <input checked="" type="checkbox"/>	Descuento por Nómina o Planilla <input type="checkbox"/>	Tarjeta de Crédito/Debito <input type="checkbox"/>
Cuenta de Ahorro <input type="checkbox"/>	Cuenta de Cheques <input type="checkbox"/>	Extra Financiamiento <input type="checkbox"/>

\* Si su pago es a través de Extra Financiamiento no debe completar la información de "Datos de la Tarjeta"

No. De Tarjeta:																			
Tipo de Tarjeta:	Crédito <input type="checkbox"/>	Débito <input type="checkbox"/>		Visa <input type="checkbox"/>		Master Card <input type="checkbox"/>		American Express <input type="checkbox"/>											
Vencimiento de la Tarjeta:		Mes:		Año:															
Banco emisor de la Tarjeta:										Moneda	LPS <input type="checkbox"/>	USD <input type="checkbox"/>							
Titular de la Tarjeta:	* Si su tarjeta es de débito, favor detalle información de su cuenta bancaria en las siguientes casillas.																		
* No. De Cuenta Bancaria en Davivienda:																			
Tipo de Cuenta:	Ahorro <input type="checkbox"/>	Cheque <input type="checkbox"/>								Moneda	LPS <input type="checkbox"/>	USD <input type="checkbox"/>							
Titular de la Cuenta:																			

#### Declaro

- Que los montos que ofrezco para asegurar en relación a Existencia de Mercaderías corresponden al valor de costo de los mismos, sin incluir márgenes de utilidad esperada o beneficio. y que tales Libros de Contabilidad se encuentran en orden a fecha: \_\_\_\_\_ habiéndose practicado el último inventario a fecha: \_\_\_\_\_
- Que las mercaderías que ofrezco para asegurar permanecerán única y exclusivamente en el local o los locales identificados y descritos en esta oferta, y que no serán trasladadas a otros locales, casas de habitación, bodegas o depósitos de mi propiedad o de propiedad de terceros o arrendados por mí, sin previo consentimiento por escrito de ustedes.
- Que llevo Libros de Contabilidad de acuerdo con la ley y que la persona encargada de llevar los mismos es el P.M.: \_\_\_\_\_ Colegiación N°: \_\_\_\_\_ con Domicilio en: \_\_\_\_\_
- Que he recibido una copia fiel de las Condiciones Generales de la Póliza y de la Cláusula de Libros e Inventarios que se anexará y formará parte de la misma, el caso de que esta oferta sea aceptada.
- Que las declaraciones contenidas en esta oferta, son completas y verdaderas y forman la base sobre la cual la Compañía de Seguros se fundará para emitir la Póliza que solicito; y que cualesquiera declaraciones que se comprobaren en cualquier momento como falsas o inexactas sea con anterioridad o posterioridad a la ocurrencia de un eventual siniestro, causarán la nulidad del seguro conforme las disposiciones contenidas en el Artículo N° 1141 del Código de Comercio de Honduras, el que declaro conocer.

#### Declaración 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. Asimismo, 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.

#### 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:**

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.

**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:  
Fecha:

Firma del Solicitante:

**Para uso exclusivo de la Compañía de Seguros:**

Aprobado por:

S-SB-SIRPN-05-22

**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 cuándo 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:					

Guardar