

# SEGURO DE DINERO Y VALORES

## SOLICITUD DE SEGURO (PERSONA NATURAL)

Expediente No

Marcar con  la opción escogida

### I. Datos Generales del Asegurado

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	Nacionalidad
Ciudad	País	D	M	A
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?	Sí <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?	Sí <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 de Trabajo	Cód. de Área	Celular

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
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 él 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 Siniestros ocurridos en los últimos tres años?		

### III. Vigencia (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

### IV. Beneficiarios del Seguro

Lempiras  US\$

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

### V. Beneficiario Final

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

## VI. Actividad del Negocio

Actividad principal:	
Número de vendedores:	Número de cobradores:
Personal de confianza dentro del predio (adjuntar detalle)	
Rutas de los recorridos (adjuntar detalle)	Número de traslados diarios:
Horas de los recorridos:	

## VII. Especificaciones del Riesgo

Lempiras  US\$

No	Descripción	Suma Propuesta
1	Dinero y Valores Dentro de los predios	
2	Dinero y Valores Fuera de los predios	
3	Limite Único y combinado dentro y fuera de los predios	
	Total	0.00

## VIII. Otras Cláusulas Especiales


## IX. Resumen

Lempiras  US\$

No	Detalle	Suma Propuesta	Tasa Por Ciento %	Valor Prima
1				0.00
2				0.00
3				0.00

### Primas a pagar

Prima Neta	
Impuesto	0.00
Gastos de Emisión	
PRIMA TOTAL	0.00

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

## X. Deducible


## XI. Forma de Pago

Ventanilla <input type="radio"/>	Descuento por Nómina o Planilla <input type="radio"/>	Tarjeta de Crédito/Debito <input type="radio"/>
Cuenta de Ahorro <input type="radio"/>	Cuenta de Cheques <input type="radio"/>	Extra Financiamiento <input type="radio"/>
* Si su pago es a través de Extra Financiamiento no debe completar la información de Datos de la Tarjeta		



**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		Numero 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:		