

SEGURO INTEGRAL DE INCENDIO PARA CASA DE HABITACIÓN

SOLICITUD DE SEGURO (PERSONA JURÍDICA)

Expediente No

Marcar con ☒ la opción escogida

I. Datos Generales del Asegurado

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 completo del Contador:			
No. Inscripción en Registro Mercantil (anexar copia escritura social)		País de Constitución	
		Fecha de Constitución	
		D M A	
Dirección Completa:			
Departamento	Municipio	Cód. de Área	Teléfono
Correo electrónico		Cód. de Área	Fax
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
L 00.01	L 250,000.00	☐	☐
L 250,000.01	L 500,000.00	☐	☐
L 500,000.01	L 1,000,000.00	☐	☐
L 1,000,000.01	L 3,000,000.00	☐	☐
L 3,000,000.01	L 5,000,000.00	☐	☐
L 5,000,000.01	L 10,000,000.00	☐	☐
L 10,000,000.01	L 15,000,000.00	☐	☐
L 15,000,000.01	L 20,000,000.00	☐	☐
L 20,000,000.01	En adelante	☐	☐

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

Detalle el origen de los recursos: _____

Ingreso total anual L.: _____

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

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
DNI			
DNI			
DNI			

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

En caso de tener más miembros de la Junta Directiva reportar en una Hoja Adicional.

II. 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		Total Tiempo Laborado	

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 residencia	Cód. de Área	Celular

Información Financiera del Representante Legal

Montos declarados	Ingresos	Egresos	Montos declarados	Activos	Montos declarados	Pasivos		
De 0 a 3 Salarios Mínimos	☐	☐	-	L 1,000,000.00	☐	-	L 500,000.00	☐
De 4 a 6 Salarios Mínimos	☐	☐	L 1,000,001.00	L 3,000,000.00	☐	L 500,001.00	L 1,000,000.00	☐
De 7 a 10 Salarios Mínimos	☐	☐	L 3,000,001.00	L 5,000,000.00	☐	L 1,000,001.00	L 3,000,000.00	☐
De 11 a 20 Salarios Mínimos	☐	☐	L 5,000,001.00	L 7,500,000.00	☐	L 3,000,001.00	L 5,000,000.00	☐
De 21 a 50 Salarios Mínimos	☐	☐	L 7,500,001.00	L 10,000,000.00	☐	L 5,000,001.00	L 7,500,000.00	☐
De 51 Salarios Mínimos en adelante	☐	☐	L 10,000,001.00	L 999,999,999.00	☐	L 7,500,001.00	L 10,000,000.00	☐
						L 10,000,001.00	L 999,999,999.00	☐

Detalle el origen de los recursos:

Ingreso total anual L.:

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

III. 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
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	Total Tiempo Laborado

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

Información Financiera de la Persona Autorizada para Contratar

Montos declarados	Ingresos	Egresos
De 0 a 3 Salarios Mínimos	☐	☐
De 4 a 6 Salarios Mínimos	☐	☐
De 7 a 10 Salarios Mínimos	☐	☐
De 11 a 20 Salarios Mínimos	☐	☐
De 21 a 50 Salarios Mínimos	☐	☐
De 51 Salarios Mínimos en adelante	☐	☐

Montos declarados	Activos
-	L 1,000,000.00 ☐
L 1,000,001.00	L 3,000,000.00 ☐
L 3,000,001.00	L 5,000,000.00 ☐
L 5,000,001.00	L 7,500,000.00 ☐
L 7,500,001.00	L 10,000,000.00 ☐
L 10,000,001.00	L 999,999,999.00 ☐

Montos declarados	Pasivos
-	L 500,000.00 ☐
L 500,001.00	L 1,000,000.00 ☐
L 1,000,001.00	L 3,000,000.00 ☐
L 3,000,001.00	L 5,000,000.00 ☐
L 5,000,001.00	L 7,500,000.00 ☐
L 7,500,001.00	L 10,000,000.00 ☐
L 10,000,001.00	L 999,999,999.00 ☐

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

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

(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: _____

IV. 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?

V. Ubicación de los bienes por asegurar

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

VI. 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

VII. Beneficiarios del Seguro

Lempiras ☐ US\$ ☐

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

VIII. Beneficiario Final

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

IX. Bienes por Asegurar

Lempiras



US\$



Descripción		Amparado	Excluido	Suma Propuesta
I	Daños Materiales al Contenido			
	A. Contenidos Normales	☐	☐	
	B. Contenidos Especiales (Adjuntar Inventario)	☐	☐	
II	Daños Materiales al Inmueble			
	A. Edificio	☐	☐	
III	Pérdidas Consecuenciales			
	A. Remoción de Escombros	☐	☐	
	B. Gastos Extraordinarios	☐	☐	
	C. Pérdida de Rentas	☐	☐	
IV	Rotura de Cristales			
	A. Cristales Normales	☐	☐	
	B. Cristales Especiales (Adjuntar Detalle)	☐	☐	
V	Robo de Contenidos			
	A. Contenidos Normales	☐	☐	
	B. Contenidos Especiales (Adjuntar Inventario)	☐	☐	
VI	Equipo Electrónico			
	A. Equipo de Computación (Adjuntar Detalle)	☐	☐	
	B. Contenidos Especiales (Adjuntar Inventario)	☐	☐	
VII	Responsabilidad Civil			
	A. Responsabilidad Civil Familiar	☐	☐	
	B. Gastos de Defensa	☐	☐	
	C. Responsabilidad Civil Arrendatario	☐	☐	
VIII	Vehículos Automotores			
	A. Daños Materiales	☐	☐	
	B. Robo Total	☐	☐	
	C. Responsabilidad Civil por Daños a Terceros en sus Bienes	☐	☐	
	D. Responsabilidad Civil por Daños a Terceros en sus Personas	☐	☐	
	E. Gastos Médicos por Ocupantes	☐	☐	
	F. Seguro de Accidentes para Ocupantes	☐	☐	
	G. Equipo Especial (Adjuntar Detalle)	☐	☐	
	H. Extensión Territorial	☐	☐	
	I. Asistencia Vial	☐	☐	
IX	Accidentes Personales Familiares			
	A. Muerte Accidental	☐	☐	
	B. Incapacidad Permanente	☐	☐	
	C. Gastos Médicos	☐	☐	
	D. Reembolso de Gastos Fúnebres para Menores de 12 Años	☐	☐	
Total Suma Propuesta				0.00

X. Datos Adicionales

Daños Materiales al Inmueble													
Nombre del Propietario del Edificio:													
El Edificio está Construido de:	<table><tr><td>Paredes:</td><td>Piedra ☐</td><td>Concreto ☐</td><td>Ladrillo ☐</td><td>Adobe ☐</td><td>Madera ☐</td></tr><tr><td>Techos:</td><td>Concreto ☐</td><td>Asbesto ☐</td><td>Teja ☐</td><td>Zinc ☐</td><td>Shingle ☐</td></tr></table>	Paredes:	Piedra ☐	Concreto ☐	Ladrillo ☐	Adobe ☐	Madera ☐	Techos:	Concreto ☐	Asbesto ☐	Teja ☐	Zinc ☐	Shingle ☐
Paredes:	Piedra ☐	Concreto ☐	Ladrillo ☐	Adobe ☐	Madera ☐								
Techos:	Concreto ☐	Asbesto ☐	Teja ☐	Zinc ☐	Shingle ☐								
Número de Planta:	Electricidad Entubada SI ☐ NO ☐												

XI. Robo de Contenido

Tipo de Vigilancia	Propia ☐	Privada ☐	Policial ☐	Colectiva ☐	No Hay ☐
--------------------	------------------------------	-------------------------------	--------------------------------	---------------------------------	------------------------------

XII. Equipo Electrónico

Marca:	Serie:	Modelo:		
Especificaciones de los Componentes	CPU ☐	Teclado ☐	Mouse ☐	Impresora ☐
	Monitor TV (LED, Plasma, Smart TV) ☐	Aire Acondicionado (Mini Split) ☐		
Regulador de Voltaje	SI ☐	NO ☐	Sistema Eléctrico Polarizado	SI ☐ NO ☐

XIII. Responsabilidad Civil

Nombre del Jefe de Familia:	
Número de Dependientes Directos:	Número de Empleados Domésticos:

Primas a pagar

Moneda	Prima Neta	Impuesto Gubernamental	Contribución Obligatoria de Bomberos	Gastos de Emisión	Prima Total	N° de Pagos
Lempiras		0.00			0.00	

XIV. Condiciones Especiales

A	Seguro a Primer Riesgo	SI ☐	NO ☐	
B	Nombre del Beneficiario Preferente	SI ☐	NO ☐	Cantidad L.

XIII. Forma de Pago

Ventanilla ☐	Descuento por Nómina o Planilla ☐	Tarjeta de Crédito/Debito ☐
Cuenta de Ahorro ☐	Cuenta de Cheques ☐	Extra Financiamiento ☐

* 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 ☐	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.																				

XVII. Datos de la Cuenta Bancaria

* No. De Cuenta Bancaria en Davivienda:																				
Tipo de Cuenta:	Ahorro ☐	Cheque ☐														Moneda	LPS ☐	USD ☐		
Titular de la Cuenta:																				

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:

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 cuándo 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:			

Guardar