

SEGURO INTEGRAL DE INCENDIO PARA CASA DE HABITACIÓN

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	Pasaporte	Carnet de Residente	No. De Identificación:			
Lugar de Nacimiento	Fecha de Nacimiento	Edad	Nacionalidad	Sexo		
Ciudad	País	D M A		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		
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	☐	☐
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: _____

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. 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. 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

VIII. Datos Adicionales

Daños Material es al Inmueble	
Nombre del Propietario del Edificio:	
El Edificio está Construido de:	Paredes: Piedra ☐ Concreto ☐ Ladrillo ☐ Adobe ☐ Madera ☐ Techos: Concreto ☐ Asbesto ☐ Teja ☐ Zinc ☐ Shingle ☐
Número de Planta:	Electricidad Entubada SI ☐ NO ☐

IX. Robo de Contenido

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

X. Equipo Electrónico

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

XI. 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	

XII. Condiciones de Pago

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/Débito ☐
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 ☐
Vencimiento de la Tarjeta:	Mes:	Año:
Banco emisor de la Tarjeta:	Moneda	LPS ☐
Titular de la Tarjeta:		
* Si su tarjeta es de débito, favor detalle información de su cuenta bancaria en las siguientes casillas.		

XV. 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