

SEGURO TODO RIESGO DE INCENDIO

SOLICITUD DE SEGURO (PERSONA NATURAL)

EXPEDIENTE N°

I - DATOS GENERALES DEL CONTRATANTE

Marcar con ☒ a opción escogida

Persona natural ☒

Comerciante individual ☐

Primer Nombre		Segundo Nombre		Primer Apellido		Segundo Apellido		RTN	
Tarjeta de Identidad ☐		Pasaporte ☐		Carnet de Residente ☐		DNI:			
Lugar de Nacimiento				Fecha de Nacimiento		Edad	Hondureño (a) Si ☐ No ☒		Sexo
Ciudad		País		D	M	A	Otra Nacionalidad		F ☐ M ☐
Estado Civil:		Soltero ☐		Casado ☐		Separado ☐		Viudo ☐	
		Divorciado ☐		Unión Libre ☐					
Ocupación Actual:		Asalariado ☐		Estudiante ☐		Pensionado ☐		Ama de casa ☐	
		Independiente ☐							
Nombre del Cónyuge	Primer Nombre		Segundo Nombre		Primer Apellido		Segundo Apellido		
Profesión u Oficio									
Actividad Económica									
Actividad Comercial									
Nombre de la Empresa donde Labora									
Posición / Cargo que Desempeña								Antigüedad Laboral	
¿Posee Negocio Propio?		Sí ☐ NO ☐		Nombre del Negocio					
Giro/actividad del negocio								URMOPRELAFT	
¿Ha desempeñado un cargo público en los últimos cuatro (4) años? Sí ☐ NO ☐									
Nombre de la Institución				Nombre del Cargo Desempeñado			Desde	Hasta	
							dd/mm/aa	dd/mm/aa	
							dd/mm/aa	dd/mm/aa	
Si su ocupación actual es Ama de Casa o Estudiante, complete lo siguiente:									
Nombre dela persona dequien depende económicamente									
Tipo de Identificación:		DNI		No. Identificación		Relación o Afinidad			
Actividad Económica									

DIRECCIÓN COMPLETA DE RESIDENCIA

Cobro ☐

Notificaciones ☐

Residencial/ Barrio / Colonia / Bloque / Avenida / Calle / N° Casa					
Punto de Referencia			Departamento		Municipio
País Residencia	Correo Electrónico		Código de área	Teléfono Residencia	Código de área

DIRECCIÓN COMPLETA DE TRABAJO

Cobro ☐

Notificaciones ☐

Residencial/ Barrio / Colonia / Bloque / Avenida / Calle / N° Casa					
Punto de Referencia			Departamento		Municipio
País Residencia	Correo Electrónico		Código de área	Teléfono Trabajo	Código de área

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

INFORMACION FINANCIERA						Montos declarados		Pasivos
Montos declarados	Ingresos	Egresos	Montos declarados		Activos	-	L	
De 0 a 3 Salarios Mínimos	☐	☐	-	L 1,000,000.00	☐	L 500,001.00	L 1,000,000.00	☐
De 4 a 6 Salarios Mínimos	☐	☐	L 1,000,001.00	L 3,000,000.00	☐	L 1,000,001.00	L 3,000,000.00	☐
De 7 a 10 Salarios Mínimos	☐	☐	L 3,000,001.00	L 5,000,000.00	☐	L 3,000,001.00	L 5,000,000.00	☐
De 11 a 20 Salarios Mínimos	☐	☐	L 5,000,001.00	L 7,500,000.00	☐	L 5,000,001.00	L 7,500,000.00	☐
De 21 a 50 Salarios Mínimos	☐	☐	L 7,500,001.00	L 10,000,000.00	☐	L 7,500,001.00	L 10,000,000.00	☐
De 51 Salarios Mínimos en adelante	☐	☐	L 10,000,001.00	L 999,999,999.00	☐	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 ☐	Fuente	Valor mensual
	NO ☐		
¿Realiza transacciones en moneda extranjera? Sí ☐ No ☐		¿Posee productos de Banco Davivienda? Sí ☐ NO ☐	
Tipo de moneda ☐ Euro ☐ Otra ☐		Tipo de producto (s)	

PARA EL ENVÍO DE INFORMACIÓN DE SU PÓLIZA CONTRATADA Y DEMÁS PRODUCTOS Y SERVICIOS DE DAVIVIENDA SEGUROS, SELECCIONE EL MEDIO DE SU CONVENIENCIA

☐ SMS y WhatsApp, por favor brindar número telefónico: (504)

☐ Correspondencia electrónica (e-mail), por favor brindar el correo electrónico:

II - INFORMACIÓN OTROS SEGUROS

¿En qué otra compañía tiene o ha tenido seguros?	¿Qué tipo de Seguros?	Suma Asegurada
		L
¿Número de Siniestros ocurridos en los últimos tres años?		

III - UBICACION 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)	
Número de Identificación	Actividad Comercial

Nombre de la Tercera Persona (s)	
Número de Identificación	Actividad Comercial

V - BENEFICIARIOS DEL SEGURO

Nombre/Razón o Denominación Social		Parentesco
N° de Identidad / RTN	Número de teléfono Cod. área	Valor del endoso: L

Nombre/Razón o Denominación Social		Parentesco
N° de Identidad / RTN	Número de teléfono Cod. área	Valor del endoso: L

Nombre/Razón o Denominación Social		Parentesco
N° de Identidad / RTN	Número de teléfono Cod. área	Valor del endoso: L

VI - ACTIVIDAD DEL BIEN O BIENES POR ASEGURAR

VII - BIENES POR ASEGURAR

No	DESCRIPCIÓN	Suma propuesta (Lps. o US\$)	
1	Edificio(s)(Excluyendo el valor del terreno y cimientos)		
2	Mejoras e Instalaciones		
3	Existencia de Mercaderías en Tienda		
4	Existencia de Mercaderías en Bodega		
5	Existencia de Mercaderías en Tienda y Bodega		
6	Existencia de Materia Prima, Productos en Proceso y Terminados		
7	Maquinaria, Equipo y Herramientas		
8	Muebles y Equipo de Oficina		
9	Muebles y Equipo del Negocio		
10	Robo con violencia o fuerza		
11	Asalto a mano armada o intento del mismo		
12	Rotura de Cristales		
13	Rótulos		
14	Antenas		
15	Interrupción del Negocios o Pérdida de Utilidades o Lucro Cesante		
16	Pérdida de Rentas		
Total			

SUBLIMITE: EQUIPO ELECTRONICO

VIII- ESPECIFICACIONES DEL SUBLIMITE

Sección	Detalle	Suma Propuesta (Lps. o US\$)	
1	Daños Materiales al Equipo Electrónico (adjuntar detalle)		
2	Equipo Móvil (adjuntar detalle)		

Deducible:

SUBLIMITE: ROBO CON VIOLENCIA Y/O ASALTO A MANO ARMADA

XI- ESPECIFICACIONES DEL SUBLIMITE

No	Descripción	Amparado/Excluido
1	Robo con Violencia o fuerza y/o asalto a mano armada y/o intento del mismo y/o intimidación	

Deducible:

SUBLIMITE: TRANSPORTE INCIDENTAL (EXCLUYE MERCADERIAS)

X- ESPECIFICACIONES DEL SUBLIMITE

"Riesgos Ordinarios de Tránsito" (L. A. P.) y Robo Total Según se estipula en las Cláusulas 1a. numeral 4 y 2a. numeral 2 de las Condiciones Generales de la Póliza.	Tasa %

Deducible:

SUBLIMITE: ROTURA DE MAQUINARIA Y/O APARATOS A PRESIÓN

XI- ESPECIFICACIONES DEL SUBLIMITE

No	Descripción	Suma Propuesta (Lps. o US\$)	
1	Cobertura Básica (adjuntar detalle)		
2			
3			

Deducible:

SUBLIMITE: RESPONSABILIDAD CIVIL

XII- ACTIVIDAD DEL NEGOCIO

Actividad Principal:

Número de Empleados:

Planilla Anual:

Existen Colindantes:SI ☐NO ☐

Especifique:

XIII- ESPECIFICACIONES DE COBERTURAS

No	Descripción	Suma Propuesta (Lps. o US\$)	
1	Responsabilidad Civil Límite Único y Combinado bienes y Personas		
2			
	Total		

SUBLIMITE: DINERO Y VALORES

XIV- 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:

XV- ESPECIFICACIÓN DEL RIESGO

No	Descripción	Suma Propuesta (Lps. o US\$)	
1	Límite Único y combinado dentro y fuera de los		

Deducible:

SUBLIMITE: EQUIPO DE CONTRATISTAS Y MAQUINARIA PESADA MOVIL

XVI- ESPECIFICACIONES DE COBERTURAS

No	Descripción	Suma Propuesta (Lps. o US\$)	
1	Cobertura Básica (adjuntar detalle)		
2			
3			

Deducible:

CLÁUSULAS ADICIONALES (SOLO INDICAR LOS APROBADOS EN LA OFERTA)

Descripción	Suma Asegurada Lps. / USD	Deducible / Coaseguro

XVII - RESUMEN

Detalle		Suma Propuesta	Tasa por Millar				Valor Prima
			Básica	Líneas Aliadas	Otras	Total	
1	Edificio (s)						
2	Contenidos						

Primas a pagar

Prima Neta	
Impuesto	0.00
Gastos de Emisión	
PRIMA TOTAL	0.00

Número de Pagos _____

XVIII-FORMA DE PAGO

Ventanilla

Descuento por Nómina o Planilla

Tarjeta de Crédito / Débito

Cuenta de Ahorro

Cuenta de Cheques

Extrafinanciamiento

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

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

L

USD

Titular de la Tarjeta

*Si su tarjeta es de débito, favor detalle información de su cuenta en las siguientes casillas

DATOS DE LA CUENTA BANCARIA

Nº de Cuenta Bancaria en Davivienda

Tipo de Cuenta

Ahorro

Cheques

Moneda

L

USD

Titulares 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

Por este medio autorizo a la Compañía de Seguros para que toda documentación incluyendo póliza y clausulados, endosos de modificación, endoso de beneficiario, renovación, endoso de cancelación y notificaciones relacionadas al seguro que mediante esta solicitud estoy contratando; sea entregado al Intermediario o Corredor de Seguros que maneja mi póliza, quien posteriormente me hará entrega de la misma.

El oferente hace constar que conoce y acepta las Condiciones Generales y Particulares de la póliza.

Lugar

Fecha

Firma del Oferente

PARA USO EXCLUSIVO DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS

Aprobó:

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	
Oficina:			
¿Desde cuándo conoce personalmente al solicitante?			
¿Le consta que el cliente completó y firmó la Solicitud?		SI ☐	NO ☐
¿Conoce Ud. 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 del seguro guardan relación con la actividad del cliente y su capacidad económica?		SI ☐	NO ☐
¿Con fundamento en los resultados obtenidos en las respuestas formuladas anteriormente, el resultado de la entrevista y las demás verificaciones y análisis que considero necesarias para conocer al cliente, Lo recomiendo como solicitante de este 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