

SEGURO TODO RIESGO DE INCENDIO

SOLICITUD DE SEGURO (PERSONA JURIDICA)

Expediente No

Marcar con ☒ la opción escogida

I. Datos Generales del Contratante

Empresa de Gobierno ☐ Persona Jurídica ☐ 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	
Dirección Completa:					
Departamento	Municipio	Cód. de Área	Teléfono	Cód. de Área	Fax
País de residencia	Correo Electrónico	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	Montos declarados		Activos	Pasivos
-	L 250,000.00	☐	☐	-	L 500,000.00	☐	☐
L 250,001.00	L 500,000.00	☐	☐	L 500,001.00	L 1,000,000.00	☐	☐
L 500,001.00	L 1,000,000.00	☐	☐	L 1,000,001.00	L 3,000,000.00	☐	☐
L 1,000,001.00	L 3,000,000.00	☐	☐	L 3,000,001.00	L 5,000,000.00	☐	☐
L 3,000,001.00	L 5,000,000.00	☐	☐	L 5,000,001.00	L 10,000,000.00	☐	☐
L 5,000,001.00	L 10,000,000.00	☐	☐	L 10,000,001.00	L 15,000,000.00	☐	☐
L 10,000,001.00	L 15,000,000.00	☐	☐	L 15,000,001.00	L 20,000,000.00	☐	☐
L 15,000,001.00	L 20,000,000.00	☐	☐	L 20,000,001.00	L 30,000,000.00	☐	☐
L 20,000,001.00	L 999,999,999.00	☐	☐	L 30,000,001.00	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: ☐
¿Posee Productos en Banco Davivienda? Si ☐ No ☐ Tipo de Producto(s):			

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, edificio					
Punto de referencia		Departamento		Municipio	
País de residencia	Correo electrónico	Cód. de área	Teléfono	Cód. de área	Fax

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
De 7 a 10 Salarios Mínimos	☐	☐	L 3,000,001.00	L 5,000,000.00	☐	L 1,000,001.00
De 11 a 20 Salarios Mínimos	☐	☐	L 5,000,001.00	L 7,500,000.00	☐	L 3,000,001.00
De 21 a 50 Salarios Mínimos	☐	☐	L 7,500,001.00	L 10,000,000.00	☐	L 5,000,001.00
De 51 Salarios Mínimos en adelante	☐	☐	L 10,000,001.00	L 999,999,999.00	☐	L 7,500,001.00
						L 10,000,001.00

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		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	

Dirección Completa de Residencia

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	Montos declarados	Activos	Montos declarados	Pasivos		
De 0 a 3 Salarios Mínimos	☐	☐	-	L 43,042.35	☐	-	L 500,000.00	☐
De 4 a 6 Salarios Mínimos	☐	☐	L 43,042.36	L 86,084.70	☐	L 500,001.00	L 1,000,000.00	☐
De 7 a 10 Salarios Mínimos	☐	☐	L 86,084.71	L 143,474.50	☐	L 1,000,001.00	L 3,000,000.00	☐
De 11 a 20 Salarios Mínimos	☐	☐	L 143,474.51	L 286,949.00	☐	L 3,000,001.00	L 5,000,000.00	☐
De 21 a 50 Salarios Mínimos	☐	☐	L 286,949.01	L 717,372.50	☐	L 5,000,001.00	L 7,500,000.00	☐
De 51 Salarios Mínimos en adelante	☐	☐	L 717,372.51	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: ☐			

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 seguros?	¿Qué tipo de Seguros?	Suma Asegurada
		L
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

¿La Póliza es para asegurar bienes personales o bienes de terceros?		Bienes Personales ☐ Bienes de Terceros ☐
Nombre de la Tercera Persona (s)	Número de Identidad	Actividad Comercial

VI. Vigencia del Seguro (Para uso exclusivo del área Técnica)

Desde:	Hasta:
--------	--------

VII. Beneficiarios del Seguro

Lempiras ☐ US\$ ☐

Nombre/Razón o Denominación Social	N°. 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 - ACTIVIDAD DEL BIEN O BIENES POR ASEGURAR

X- 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

XI- 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

XII- 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)

XIII- ESPECIFICACIONES DEL SUBLIMITE

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

Deducible:

SUBLIMITE: ROTURA DE MAQUINARIA Y/O APARATOS A PRESIÓN

XIV- ESPECIFICACIONES DEL SUBLIMITE

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

Deducible:

SUBLIMITE: RESPONSABILIDAD CIVIL

XV- ACTIVIDAD DEL NEGOCIO

Actividad Principal:

Número de Empleados:

Planilla Anual:

Existen Colindantes: SI ☐ NO ☐

Especifique:

XVI- 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

XVII- ACTIVIDAD DEL NEGOCIO

Actividad principal:

Número de vendedores:

Número de cobradores:

Personal de confianza dentro del predio

(adjuntar detalle) Rutas de los recorridos

Número de traslados diarios:

(adjuntar detalle)

XVIII- ESPECIFICACIÓN DEL RIESGO

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

Deducible:

SUBLIMITE: EQUIPO DE CONTRATISTAS Y MAQUINARIA PESADA MOVIL

XIX- 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)

[illegible]

XX - 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 _____

XXI-FORMA DE PAGO

Ventanilla ☐	Descuento por Nómina o ☐	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 CUENTA BANCARIA

Nº de Cuenta Bancaria en Davivienda																
Tipo de Cuenta	Ahorro ☐	Cheques ☐												Moneda	L ☐	USD ☐
Titulares de la Cuenta																

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																	

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 recomienda 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