

# SEGURO DE TODO RIESGO DE CONTRATISTA

## SOLICITUD DE SEGURO (PERSONA JURÍDICA)

Expediente No

Marcar con  la opción escogida

I. Datos Generales del Contratante							Empresa de Gobierno <input type="checkbox"/>	Persona Jurídica <input type="checkbox"/>	Entidad Supervisada <input type="checkbox"/>	ONG <input type="checkbox"/>	
Razón Social				Nombre Comercial							
Tipo de Capital:		Pública <input type="checkbox"/>	Privada <input type="checkbox"/>	Mixta <input type="checkbox"/>	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		Correo Electrónico		Sitio web							
¿La Empresa pertenece a un Grupo Financiero o Económico?				Si <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>					
Nombre del Grupo Financiero o Económico:				¿País de casa matriz?							
¿La Empresa cuenta con filiales?		Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Tipo de empresa		Local <input type="checkbox"/>	Extranjera <input type="checkbox"/>		¿País de filial?		
¿La Empresa previene y controla el lavado de activos y financiamiento al terrorismo?				Si <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>		País de casa matriz de la empresa			
¿Realiza operaciones internacionales?				Si <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>		País negocios a nivel internacional			
Proveedores principales											
Nombre Completo				Nombre Comercial							

### Información Financiera

Montos declarados		Ingresos	Egresos	Montos declarados		Activos	Pasivos
-	L 250,000.00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-	L 500,000.00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L 250,001.00	L 500,000.00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L 500,001.00	L 1,000,000.00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L 500,001.00	L 1,000,000.00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L 1,000,001.00	L 3,000,000.00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L 1,000,001.00	L 3,000,000.00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L 3,000,001.00	L 5,000,000.00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L 3,000,001.00	L 5,000,000.00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L 5,000,001.00	L 10,000,000.00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L 5,000,001.00	L 10,000,000.00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L 10,000,001.00	L 15,000,000.00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L 10,000,001.00	L 15,000,000.00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L 15,000,001.00	L 20,000,000.00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L 15,000,001.00	L 20,000,000.00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L 20,000,001.00	L 30,000,000.00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L 20,000,001.00	L 999,999,999.00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L 30,000,001.00	L 999,999,999.00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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"/>
¿Posee Productos en Banco Davivienda? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Tipo de Producto(s):			

<b>Información de Accionistas o Asociados (Detallar el 100%)</b>			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 <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		Sexo F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>
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? Si <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? Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>				
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	
Pais 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	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	-	L 1,000,000.00	<input type="radio"/>	-	L 500,000.00	<input type="radio"/>
De 4 a 6 Salarios Mínimos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	L 1,000,001.00	L 3,000,000.00	<input type="radio"/>	L 500,001.00	L 1,000,000.00	<input type="radio"/>
De 7 a 10 Salarios Mínimos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	L 3,000,001.00	L 5,000,000.00	<input type="radio"/>	L 1,000,001.00	L 3,000,000.00	<input type="radio"/>
De 11 a 20 Salarios Mínimos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	L 5,000,001.00	L 7,500,000.00	<input type="radio"/>	L 3,000,001.00	L 5,000,000.00	<input type="radio"/>
De 21 a 50 Salarios Mínimos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	L 7,500,001.00	L 10,000,000.00	<input type="radio"/>	L 5,000,001.00	L 7,500,000.00	<input type="radio"/>
De 51 Salarios Mínimos en adelante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	L 10,000,001.00	L 999,999,999.00	<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? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		¿Realiza transacciones en moneda extranjera? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
Fuente	Valor mensual Monto en Lempiras	Tipo de Moneda: Dólar <input type="radio"/>	Euro <input type="radio"/> Otra: <input type="radio"/>

## II. 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 <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	Pais	D M A		F <input type="radio"/> M <input type="radio"/>
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? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		Nombre del Negocio:		
Giro/Actividad del Negocio			URMOPRELAFT	
¿Ha desempeñado un cargo público en los últimos cuatro (4) años? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> 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	
Pais 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	<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 43,042.35	<input type="radio"/>
L 43,042.36	L 86,084.70	<input type="radio"/>
L 86,084.71	L 143,474.50	<input type="radio"/>
L 143,474.51	L 286,949.00	<input type="radio"/>
L 286,949.01	L 717,372.50	<input type="radio"/>
L 717,372.51	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"/>	

**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 numero 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 <input type="radio"/>	Bienes de Terceros <input type="radio"/>
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		

**VI - ACTIVIDAD DEL BIEN O BIENES POR ASEGURAR**

**VII - RIESGOS A ASEGURAR**

Lempiras

US\$

No	Detalle	Suma Propuesta	Tasa Por Ciento %	Valor Prima
1	Daños Materiales Contrato de construcción (trabajos permanentes o temporales, incluyendo todos los materiales a incorporarse en ellos)			
2	Equipo y Maquinaria de construcción			
3	Materiales de construcción			
4	Otras propiedades del asegurado			
5	Mano de Obra			

**VII - COBERTURAS DE BIENES**

Lempiras

US\$

No	Descripción	Suma Propuesta
A	Daños Materiales	
B	Daños por Terremoto, Temblor, Maremoto, y Erupción Volcánica	
C	Daños por Huracán, tempestad Vientos Inundación Desbordamientos, Hundimiento Derrumbes y desprendimientos de tierra	
D	Mantenimiento de Contrato	
	Total	

**VIII - COBERTURAS ADICIONALES**

	DESCRIPCIÓN	Amparado	Excluido
1	Responsabilidad Civil Daños a terceros en sus bienes (Límite máximo de indemnización)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Responsabilidad Civil Daños a terceros en sus personas (Límite máximo de indemnización)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Responsabilidad Civil Límite Único y combinado para Bienes y en sus Personas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Remoción de Escombros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**IX - OTRAS CLAUSULAS**

**XI- DEDUCIBLE**

**Primas a pagar**

Prima Neta	
Impuesto	0.00
Gastos de Emisión	
<b>PRIMATOTAL</b>	<b>0.00</b>

Número de Pagos \_\_\_\_\_



**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	
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 Ud. 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 del seguro guardan relación con la actividad del cliente y su capacidad económica?		SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>
¿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 <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			

S-SB-TRPJ-05-25

Guardar