

# SEGURO DE TODO RIESGO DE CONTRATISTA

## SOLICITUD DE SEGURO (PERSONA NATURAL)

EXPEDIENTE N°

Marca con  la opción escogida

### I - DATOS GENERALES DEL CONTRATANTE

Persona Natural  Comerciante Individual

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"/>	N° de Identidad:	
Lugar de Nacimiento		Fecha de Nacimiento	Edad	Hondureño (a) Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Ciudad	País	D M A	Otra Nacionalidad	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"/>
Ocupación Actual:	Asalariado <input type="radio"/>	Estudiante <input type="radio"/>	Pensionado <input type="radio"/>	Ama de casa <input type="radio"/>
			Independiente <input type="radio"/>	
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 <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? Sí <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>				
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 de la persona de quien 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	Código de área	Teléfono Residencia	Código de área	
	Correo Electrónico			Celular

### DIRECCIÓN COMPLETA DE TRABAJO

Cobro  Notificaciones

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

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

Texto Registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros, según Resolución Registro POL GPU No. 25/18-07-2025

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

Tipo de identificación	DNI <input type="radio"/>	Pasaporte <input type="radio"/>	Carnet de residencia <input type="radio"/>
Nombre de la Tercera Persona (s)			
Número de Identificación		Actividad Comercial	

Tipo de identificación	DNI <input type="radio"/>	Pasaporte <input type="radio"/>	Carnet de residencia <input type="radio"/>
Nombre de la Tercera Persona (s)			
Número de Identificación		Actividad Comercial	

**V - BENEFICIARIOS DEL SEGURO**

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

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

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

**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 cuándo 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? Especifique		SI <input type="radio"/>	NO <input type="radio"/>
Informe 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-TRPN-05-25

Guardar