

Duración del Seguro: Desde _____ Hasta _____ Agente _____

Persona Jurídica

Denominación y Razón Social: _____ N° de R.T.N.: _____

Objeto social y/o actividad económica: _____ Fecha de constitución: _____

Dirección de la oficina principal: _____

Ciudad: _____ Municipio: _____ Departamento: _____

N° Tel.: _____ Fax: _____ Correo electrónico: _____

Sitio web: _____ Departamentos y/o países donde opera: _____

Especificar la procedencia de los fondos: _____

Monto aproximado del total de activos y ventas o ingresos anuales: _____

Lista de al menos dos proveedores principales: _____

Lista de al menos dos referencias bancarias o comerciales: _____

Persona Natural o Representante Legal del Contratante

Primer apellido: _____ Segundo apellido: _____

Nombres: _____ Apellido de casada: _____

Tipo de identificación: ☐ Pasaporte vigente ☐ Carnet de residente ☐ Documento Nacional de Identificación (DNI)

N° . _____

Sexo: ☐ F ☐ M Lugar de nacimiento: _____ Fecha de nacimiento: _____

Edad: _____ Nacionalidad: _____ Otras nacionalidades: _____

Dirección de residencia: _____

Referencia: _____

Ciudad: _____ Municipio: _____ Departamento: _____

N° Tel.: _____ Fax: _____ Celular: _____

Correo electrónico personal: _____

Profesión: _____ Ocupación: _____

Oficio o actividad económica: _____

Origen de los recursos: _____

¿Actúa usted en nombre o representación de otra persona?: _____

Nombre completo e identidad de la persona de quien depende económicamente o del tutor o representante legal (si aplica): _____

Nombre y giro del negocio (si aplica): _____

Nombre del empleador: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Municipio: _____ Departamento: _____

Tiempo de laborar en la empresa: _____ Posición o cargo que desempeña: _____ Teléfono: _____

Estado civil: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Viudo ☐ UL

Nombre completo del cónyuge o pareja (si aplica): _____

Nivel aproximado de ingreso según el salario mínimo mensual vigente (SMMV):

☐ De 0-3 ☐ De 4-6 ☐ De 7-10 ☐ De 11-20 ☐ De 21-50 ☐ De 51 en adelante

Cargo público desempeñado en los últimos cuatro años e institución (si aplica): _____

Suscripción de Pólizas Especiales

Se determinarán que son Pólizas Especiales aquellas en las cuales los Contratantes Tomadores de Seguros de éstas sean:

☐ Comerciantes Individuales ☐ Negocios que son Propiedad de una persona ☐ Asociaciones ☐ Clubes

☐ Patronatos ☐ Iglesias ☐ Asociación sin fines de lucro

TIPO DE PÓLIZA CONTRATANTE

Por el viaje ☐ Anual con declaración mensual ☐ Anual con pronósticos ☐ Abierta Anual ☐

MEDIOS DE TRANSPORTE

Marítimo ☐ Aéreo ☐ Terrestre camión ☐ Terrestre ferrocarril ☐

TIPO DE TRANSPORTE

Importación ☐ Exportación ☐ Combinado ☐ Tránsito Nacional ☐

MONEDA:

Lempiras ☐ Dólares (USD) ☐

Origen: _____

Destino: _____

Descripción de los Bines Materia del Seguro:

Nuevo ☐ _____ Usados ☐ _____

Suma Asegurada (Estimado anual de ventas o embarques): _____.

Descripción de embijale, envase y/o empaque: (cartón, cajones, contenedor consolidado, contenedor completo, sacos, etc.): _____.

Nombre del buque _____ Clasificado 100A1 SI ☐ No ☐

Limite máximo de Responsabilidad (Por Embarque)

Marítimo _____ Aéreo _____ Terrestre (Camión) _____ Terrestre (Ferrocarril) _____.

Estimado anual: Ventas ☐ Embarques ☐

Suma Asegurada

Estimado Anual (\$)

Año Anterior (\$)

Importaciones _____

Exportaciones _____

Tránsito Nacional _____

Estimado de bienes a transportar (en porcentaje) por:

Buque: _____ % Avión: _____ % Camión: _____ % Ferrocarril: _____ % Valor por Seguro _____.

Numero estimado de embarques anuales: _____.

COBERTURAS SOLICITADAS

1. Riesgos Nombrado

- a. Pérdida o daño físico a los Bienes Asegurados atribuibles razonablemente a: ☐
- i. Incendio o explosión. ☐

ii. Que el buque o embarcación vare, encalle se hunda o zozobre. ☐

iii. Volcamiento o Descarrilamiento del medio de transporte terrestre. ☐

iv. Colisión o contacto del buque, embarcación o medio de transporte con cualquier otro objeto anexo o materia que no sea agua. ☐
- v. Descarga de los Bienes Asegurados en un puerto de refugio ☐
- b. Pérdida o daño a los Bienes Asegurados, causada por:
- i. Sacrificio de avería gruesa. ☐

ii. Echazón. ☐

2. Todo Riesgo ☐

TRANSPORTE TERRESTRE

CAMIONES

Propios ☐ Servicio Público ☐ Cerrados ☐ Abiertos ☐ Furgón ☐ Contenedor ☐ Portacontenedor ☐

Plataforma ☐ Encarpados ☐ Otro tipo ☐

PRINCIPALES TRANSPORTTISTAS UTILIZADOS POR EL PROSPECTO

Terrestre _____ Líneas Navieras _____

Líneas Aéreas _____ Agente Aduanal: _____

AÑO	PRIMA PAGADA	MONTOS DE SINIESTROS PAGADOS	N DE SINIESTROS PAGADOS	CAUSA / DESCRIPCION	N DE SINIESTROS PENDIENTES	MONTO DE ESINIESTROS PENDIENTES

INFORMACIÓN ADICIONAL DEL PROSPECTO (TRANSPORTE TERRESTRE)

Solo utiliza carreteras ☐ Cuota ☐ Libres ☐ Ambas ☐

Horario de transporte: 06:00hrs a 20:00hrs ☐ Cualquier horario ☐ Otros ☐ Especifique_____.

OBSERVACIONES ADICIONALES:

Asegurador actual:_____.

Cuota (s) actual(es):_____ Suma Asegurada:_____.

Deducibles: Robo y/o asalto:_____.

Volcadura:_____.

Demás riesgos:_____.

OTROS SEGUROS CON ÉSTA U OTRAS ASEGURADORAS:

Compañía Aseguradora	Tipo de Seguro	Suma Asegurada	Vigente	No Vigente

Corredor/Agente:

INSPECCIÓN:

Si la compañía opta por efectuar inspección, favor indicar el nombre de la persona a entrevistar

Nombre:_____ Cargo/Puesto:_____.

Teléfono:_____ E-mail:_____ Fax:_____.

Documentos a Adjuntar

- ☐ Solicitud debidamente llena
- ☐ Copia para el expediente del registro tributario nacional persona jurídica
- ☐ Copia tarjeta de identidad de cada uno de los representantes de la sociedad

☐ Certificación del secretario de la junta directiva donde declare el nombre completo y número de identificación de los accionistas principales, de los directores, asesores y funcionarios principales y dignatarios y de los ejecutivos autorizados para contratar en nombre de la empresa, incluyendo copia de los documentos de identidad de cada uno de ellos para el expediente.

☐ Firma del asegurado

☐ Forma de pago_____

☐ Copia escritura de constitución de la sociedad

☐ Copia del poder del representante legal

☐ Autorización original concedida por la secretaría de estado en los despachos de industria y comercio, para ejercer el comercio en la república de honduras y su respectiva inscripción en el registro mercantil correspondiente de acuerdo a los art. 308, 309 y 310 del código de comercio, en caso que la sociedad este constituida en el extranjero.

Forma de Pago

Favor seleccionar la forma de pago de su seguro.

☐ Efectivo

☐ Débito automático**

☐ Tarjeta de crédito/débito***

☐ Cheque*

☐ Depósito a cuenta****

☐ Transferencia bancaria****

* Emitir cheque a favor de ASSA Compañía de Seguros.

** Solicite el formulario de autorización de débito automático en nuestras oficinas o al correo cobroshn@assanet.com

*** Se aceptan todas las tarjetas.

**** Cuentas disponibles en bancos ATLANTIDA, BAC y DAVIVIENDA.

Declaro(amos): (1) Que la información proporcionada es exacta, completa, correcta y verídica; (2) Que acepto que sea considerada como base para la emisión de la póliza de seguro solicitada y forma parte integral de la póliza; (3) Que la aseguradora queda por este medio autorizada, en el momento que estime conveniente, a investigar mis referencias en la Central de Riesgos de la Comisión Nacional de Bancos y Seguros o de cualquier fuente de información de datos de crédito; (4) en cumplimiento de la Resolución SS N° 1676/29-10-2012 y la Circular SSE N° 12/2020 emitidas por la Comisión Nacional de Bancos y Seguros (CNBS), autorizo a la compañía de seguros a consultar información referente a reclamos presentados sobre las pólizas de seguros contratadas a mi favor en la Central de Información Primas y Siniestros (CIPS), herramienta administrada por la Comisión Nacional de Bancos y Seguros (CNBS), en cualquier tiempo, mientras exista una relación contractual entre ambas partes.

Al proveer su información personal ASSA a través de las solicitudes de seguro y al firmar abajo, usted da su consentimiento para la recolección y procesamiento (incluyendo la divulgación y transferencia internacional) de su información personal de acuerdo a lo establecido en la política de privacidad la cual está disponible en www.assanet.com.hn. Usted también puede solicitar una copia de dicha política a servicioalclientehn@assanet.com. En la medida que haya proporcionado (o proveerá) información personal a ASSA sobre cualquier otra persona, usted certifica mediante su firma que usted ha provisto información al individuo acerca del contenido de la política de privacidad y que usted está autorizado para divulgar su información personal a ASSA tal y como se está detallando en la política de privacidad.

Certifico que he leído y comprendido los términos y condiciones de cobertura de la póliza de seguro que estoy(amos) solicitando.

Firma del Solicitante

Agente

Lugar y Fecha

¿Sugerencias? Si usted tiene sugerencias, quejas o inquietudes sobre el servicio de la Compañía de Seguros o de su intermediario, nos gustaría escucharlas y atenderlas. Puede comunicarnos al correo electrónico servicioalclientehn@assanet.com o al teléfono (504) 2202-8300 y con gusto le atenderemos con rapidez.

De acuerdo a la Resolución 767/05-12-2022 de la Comisión Nacional de Bancos y Seguros, la División de Protección al Usuario Financiero podrá ayudarle a resolver las reclamaciones que tenga con cualquier institución supervisada, si transcurridos 10 días hábiles después de la presentación de la reclamación la misma no ha sido atendida.

Esta institución financiera tiene Hojas de Reclamación de las Instituciones Supervisadas a disposición del usuario financiero que las solicite.