



Compañía de Seguros, S.A.

R.T.N 08019013555048

Edificio los Castaños,
4to piso, Boulevard Morazán,
Tegucigalpa, Honduras
Tel: (504) 2202-8300
Fax: (504) 2239-9169
Apdo.:3220

POLIZA NUEVA SEGURO DE AUTOMOVIL
CONDICIONES PARTICULARES

Fecha de Emisión: XX de XXX de XXX
Plan: Plan De Automóvil Particular

Sucursal: TEG
Grupo Cob: BAM
Grupo Pol: BAM

Doc. Fiscal: XXXXXXXX

Póliza: 02BXXX
Póliza Matriz: 02BX
Endoso: XXXX

Asegurado / Contratante: XXXX XXXX XXXX

Datos Personales:

Identidad: XXX-XXX-XXX
RTN: XXXXXXXX
Teléfono: XXX-XXX
Celular: XXX-XXX
Apdo.: XXX
Email: XXXX@XXX
Dirección: XXXX XXXX XXX

Vigencia de la Póliza:

Desde: XX de XX de XXXX
Hasta: XX de XX de XXXX
Hora Oficial: 12:00 Meridiano
Término: 365 días
Moneda: XXXX

Total de Unidades Aseguradas:

Ver Listado Adjunto

Prima	L.
Impuesto 15%	L.
Emisión	L.
Prima a Pagar	L.

Frecuencia de Pago
XX (X) Pagos Mensuales

Conducto de Pago
XXXXX

Día de Pago
XX del mes correspondiente

Corredor: XXXX XXX

Firma Autorizada

R.T.N 08019013555048

POLIZA NUEVA SEGURO DE AUTOMOVIL CONDICIONES PARTICULARES

Sucursal: TEG
 Fecha de Emisión: XX de XXX de XXX
 Grupo Cob: BAM
 Vigencia: Del XX de XXX del XXX al XX de XXX del XXX

Póliza: 02BXXX
Póliza Matriz: 02BX
Endoso: XXXX

Asegurado / Contratante: XXXX XXXX

Detalle del Vehículo Asegurado:

Unidad No.:	X	Uso:	XXXX
Marca:	XXX	No. Motor:	XXXXXXXX
Modelo:	XXX	No. VIN:	
XXXXXXXXXXXX			
Año:	XXX	Capacidad:	X pasajeros
Placa:	XXXXX	No. Chasis:	XXXXXXXXXX
Color:	XXX	Tipo de Vehículo:	XXXX
Conductor Frecuente:	XXXXX XXXX	Medidas de Seguridad:	XXXX
Valor del Vehículo:	L. XXX,XXX.XX	Beneficiario:	XXXX XX

Coberturas

Detalle de Cobertura

	Límite de Responsabilidad	Deducible
Responsabilidad Civil Daños a Terceros en sus Personas	XXX.....	
Responsabilidad Civil Daños a Terceros en sus Bienes.....	XXX.....	
Gastos Médicos.....	X XX.....	
Pérdida Total - Colisión y/o Vuelco y/o Catastrófico.....	XXX.....	X
Daño Parcial - Colisión y/o Vuelco y/o Catastrófico.....	XXX.....	X
Robo Tot. De Veh., Inc.O, Rayo, Daños Maliciosos, Expl., Huelgas y Alboroto Pop.....	XXX.....	X
Pérdida o Robo de Llaves.....	XXX.....	
Pérdida o Robo de Documentos.....	XXX.....	X
Rotura de Cristales.....	XXX.....	X
Extensión Territorial (Centroamérica Incluyendo Panamá).....	XXX.....	
Equipo Especial.....	XXX.....	
Indemnización por Incapacidad Total y Permanente.....	XXX.....	
Indemnización por Pérdida Accidental de La Vida.....	XXX.....	
Indemnización por Perd. de Extr.,del Uso de Extr. de La Vista,de La Audición.....	XXX.....	
Reembolso de Gastos Médicos por Accidente.....	XXX.....	

Assamovil

Póliza Nueva

Corredor: XXX XXX

Firma Autorizada

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro GPU POL No.77/26-10-2021.



Compañía de Seguros

R.T.N08019019150221

Edificio los Castaños,
4to piso, Boulevard Morazán,
Tegucigalpa, Honduras

Tel: (504) 2202-8300
Fax: (504) 2239-9169
Apdo.:3220

Procedimientos para la presentación de un reclamo:

De acuerdo al Artículo 1146 del Código de Comercio, el asegurado o el beneficiario gozarán de un plazo máximo de cinco (5) días para el aviso del siniestro. Para presentar la documentación goza de treinta (30) días a partir de la fecha del accidente (según las condiciones de la Póliza, este plazo puede variar).

Sucursales:

- Tegucigalpa: Edif. los Castaños, 4to Piso, Boulevard Morazán, Apdo. Postal 3220, PBX (504) 202-8300.
- San Pedro Sula: Edif. Yude Canahuati, 1er Piso, a la par de Avianca, L3, Ave Circunvalación, Apdo. Postal 780, PBX (504) 2556-5470.

Correo Electrónico: siniestros.honduras@assanet.com

Sugerencias?

Si usted tiene sugerencias o inquietudes sobre el servicio de ASSA Compañía de Seguros Honduras, S.A. o de su intermediario, nos gustaría escucharlas y atenderlas. Puede comunicarnos al teléfono (504) 2202-8300 en Tegucigalpa o al (504) 2556-5470 en San Pedro Sula con el Oficial de Atención al Cliente y con gusto le atenderemos con rapidez.

De acuerdo a la Resolución 1768/12-11-2012 de la Comisión Nacional de Bancos y Seguros, podrá ayudarle a resolver las reclamaciones que tenga con cualquier institución supervisada, si transcurridos diez (10) días después de la presentación de la reclamación la misma no ha sido atendida.

Esta Compañía tiene Hojas de Reclamación de las Instituciones Supervisadas a disposición del cliente que las solicite.

Por favor lea los términos de este contrato detenidamente. En caso de haber diferencia con los términos acordados para la emisión del mismo, tiene quince días (15) siguientes a la fecha en que recibió este documento para solicitar los cambios pertinentes de acuerdo al artículo No. 87 de la ley de Instituciones de Seguros y Reaseguros de Honduras y el artículo No. 729 del Código de Comercio de Honduras.