

**SEGURO DE AUTOMOVIL
 SOLICITUD DE SEGURO**

 San Pedro Sula, Cortés, Apartado Postal N° 780
 Tel.: (504) 2556-5468, Fax: (504) 2556-5471

servicioalclientehn@assanet.com

Duración del Seguro: Desde _____ Hasta _____ Agente _____

PERSONA NATURAL O REPRESENTANTE LEGAL DEL CONTRATANTE

1.- Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____ Nombres _____ Apellido de Casada _____

 Tipo de Identificación: Tarjeta de Identidad Pasaporte vigente Carnet de Residente N° Ident. _____ Sexo: M F Lugar de Nacimiento _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ Edad _____

Nacionalidad _____ Otras Nacionalidades _____

Dirección de Residencia completa _____

Bo. o Colonia _____ Calle _____ Ave. _____ Bloque _____ Zona/Circuito _____

N° Casa/lote _____ Referencia _____ Ciudad _____ Municipio _____ Departamento _____

N° de Teléfono _____ Fax: _____ Celular: _____ Correo Electrónico personal _____

Profesión _____ Ocupación _____ Oficio o actividad económica _____

Uso del Vehículo _____ Endoso de Beneficiario a favor de _____

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 _____

Bo. o Colonia _____ Calle _____ Ave. _____ Bloque _____ N° Tel. _____

Zona/Circuito _____ N° Casa/lote _____ Referencia _____ Ciudad _____ Municipio _____ Departamento _____

Tiempo de laborar en la Empresa _____ Posición o cargo que desempeña _____

 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 50- en adelante

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

BENEFICIARIOS DE LA POLIZA:

Nº	Nombre Completo	Nº De Identificación	Dirección	Parentesco	Edad	Porcentaje %
1.-						
2.-						
3.-						
4.-						

PERSONA JURIDICA

2.- Denominación y Razón Social _____ N° de R.T.N. _____

Objeto social y/o actividad económica _____ Fecha de Constitución ____/____/____

Dirección de la oficina principal _____

Bo. o Colonia _____ Calle _____ Ave. _____ Bloque _____ 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 al menos dos referencias bancarias o comerciales: _____

CARACTERISTICAS DEL VEHICULO

Año:	Marca:	Modelo	Tipo de Carrocería:	Color:	Valor estimado por el Asegurado incluyendo sus Accesorios
Nº de Serie	Nº de Motor:	Nº Ocupantes	Nº de Placa:		

COBERTURAS DESEADAS
LIMITES DE RESPONSABILIDAD

L.

Riesgos Cubiertos

- La pérdida o el daño del vehículo descrito en los incisos que aparecen en esta póliza y de sus lámparas, llantas, gomas, accesorios necesarios y que formen parte de él, cuando sea a consecuencia de choque o vuelco accidental, o de choque o vuelco que provengan de rotura mecánica o de desgaste natural. con exclusión del daño accidental de las llantas salvo cuando el vehículo sufra daño al mismo tiempo que ellas.
- El costo del traslado del vehículo al taller de reparaciones más cercano, como consecuencia de un accidente que haya causado pérdida o daño de los cubiertos por esta póliza, hasta una suma que no exceda del veinte por ciento (20%) del costo que se convenga para las reparaciones.
- Gastos Médicos
- Responsabilidad civil daños a terceros en sus bienes y en sus personas.

Coberturas Básicas

- | | |
|---|----|
| DAÑO PARCIAL – COLISIÓN /CATASTRÓFICO | L. |
| PÉRDIDA TOTAL – COLISIÓN /CATASTRÓFICO | L. |
| ROBO TOTAL DE VEHÍCULOS, INCENDIO, RAYO, DAÑO MALICIOSO, EXPLOSIÓN, HUELGAS Y ALBOROTO POPULARES. | L. |
| RESPONSABILIDAD CIVIL DAÑOS A TERCEROS EN SUS BIENES | L. |
| RESPONSABILIDAD CIVIL DAÑOS A TERCEROS EN SUS PERSONAS POR PERSONA L. XXX.XX POR DOS O MAS PERSONAS | L. |
| ROTURA DE CRISTALES | L. |
| EQUIPO ESPECIAL (EL DE FÁBRICA) | L. |
| EXTENSIÓN TERRITORIAL (CENTROAMÉRICA INCLUYENDO PANAMÁ) | L. |
| GASTOS MÉDICOS | L. |

Mediante convenio expreso y con el pago correspondiente de prima la Compañía podrá otorgar las siguientes Coberturas Adicionales:

- Responsabilidad Civil en Exceso
- Reembolso de Deducible en caso de colisión no culposa del asegurado
- Muerte Accidental del Conductor
- Gastos Funerarios del Conductor
- Cobertura para Efectos Personales del Asegurado
- Alquiler de Automóvil en caso de Colisión y/o Vuelco
- Alquiler de Automóvil en caso de Robo
- No Aplicación de Depreciación en caso de Pérdida Total en Autos Nuevos

PRIMA NETA
IMPUESTO 15%
L. _____

EMISION

PRIMA TOTAL

Declare las cantidades pagadas por usted o por cualquier compañía de seguros con motivo de cualquier accidente en el que se haya involucrado su vehículo o usted durante los últimos tres años. _____ Declare si

tenía su vehículo asegurado y con qué compañía: _____

Declare si algún asegurador con respecto a seguros sobre vehículos: A. ¿Ha rehusado aceptar cualquier vehículo por usted sometido? _____

B. ¿Ha cancelado su póliza o se ha negado a renovarla? _____ ¿Tiene el solicitante algún impedimento físico? _____

¿Ha sido suspendido o revocada en alguna oportunidad la licencia de conducción del solicitante? _____

Manifieste si el vehículo será manejado por personas menores de 21 años pero mayores de 18 años: Sí No Entendiéndose que esta cobertura tiene un costo adicional de Lps. _____ Edad _____ Ocupación _____

¿Tiene usted otro seguro con nuestra compañía? _____

¿Tiene usted otros seguros sobre los mismos bienes con otra compañía de seguros? especifique _____

Especifique los riesgos _____

Otros Seguros con ésta u otras Aseguradoras:

Compañía	Tipo de Seguro	Suma Asegurada	Vigente	No Vigente

SUSCRIPCIÓN DE PÓLIZAS ESPECIALES

Pólizas Especiales aquellas en las cuales los Contratantes Tomadores de Seguros son los siguientes: y deberán adjuntar fotocopia autenticada jurídica y la certificación de registro emitida por la Secretaría de Estado correspondiente.

- * Clubes
- * Patronatos
- * Iglesias
- * Asociación sin Fines de L

Firma del Solicitante

Fecha y Firma del Corredor

PARA USO DE LA COMPAÑÍA

- SOLICITUD DEBIDAMENTE LLENA
- COPIA LICENCIA DE CONDUCIR / COPIA TARJETA DE IDENTIDAD
- COPIA DOCUMENTOS DEL VEHICULO ASEGURADO
- PARA PERSONA JURIDICA
- COPIA ESCRITURA DE CONSTITUCIÓN DE LA SOCIEDAD Y REFORMAS
- COPIA REGISTRO TRIBUTARIO NACIONAL
- COPIA DE LA TARJETA DE IDENTIDAD DEL REPRESENTANTE LEGAL
- COPIA DEL PODER DEL REPRESENTANTE LEGAL

¿Sugerencias? Si usted tiene sugerencias, quejas o inquietudes sobre el servicio de la ASSA Compañía de Seguros Honduras S.A., o de su intermediario, nos gustaría escucharlas y atenderlas. Puede comunicarnos al correo electrónico honduras.sugerencias@assanet.com o 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.

Gerencia de Protección al Usuario Financiero.

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