

R.T.N 08019019150221

Doc. Fiscal: xxxxxxxxx

**POLIZA NUEVA DE SEGURO DE INFIDELIDAD DE EMPLEADOS Y
RIESGOS FINANCIEROS**

Póliza: 83BXXXX

Póliza Matriz: 83BX

Endoso: XXXX

Sucursal: TEG

Condiciones Particulares

Fecha de Emisión: xx de xxx de xx

Grupo Cob:

Plan: Plan de Infidelidad de Empleados

Grupo Pol:

Asegurado / Contratante: XXXXX XXXX

Datos Personales:

Identidad: XXX-XXX-XXX

RTN: 08011988002455

Teléfono: XXX-XXX

Celular: XXX-XXX

Apdo.: XX

Email: XXXX

Dirección: XXXX XXXX

Vigencia de la Póliza:

Desde: XX de XXX de XX

Hasta: XX de XXX de XX

Hora Oficial: 12:00 Meridiano

Término: 365 días

Moneda: XXX

Total de Ubicaciones Aseguradas: 1

Ver Listado Adjunto

Límite de Responsabilidad:

US\$ XX,XXX.XX

Prima	US\$ XX.XX
Impuesto 15%	US\$ XX.XX
Emisión	US\$ XX.XX
Prima a Pagar	US\$ XX.XX

Frecuencia de Pago

XX (XX) Pagos Mensuales

Conducto de Pago

Descuento De Tarjeta De Crédito

Día de Pago

XX del mes correspondiente

Corredor: XXX XXX



Firma Autorizada

R.T.N 08019019150221

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

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

POLIZA NUEVA DE INFIDELIDAD DE EMPLEADOS

Póliza: 83BXXX

Condiciones Particulares

Sucursal: TEG

Póliza Matriz: 83BX

Fecha de Emisión: XX de XXX de XX

Endoso: XXX

Vigencia: Del XX de XXX del XX Grupo Cob: BAM
al XX de XXX del XX Grupo Pol: BAM

Asegurado / Contratante: XXXX XXXX

Descripción del Riesgo Asegurado:

Unidad: 1

Ubicación: XXX XXXX

Cantidad de Empleados: X

Riesgos: A) Fraudes o Actos Dishonestos Cometidos Por Algún Empleado (Actuando Solo o En Colisión Con Otros.

B) Acto Fraudulento Cometido Por Alguna Otra Persona Que Incurra En Dicha Pérdida o Que De Obtener Un Lucro Financiero Para Ellos Mismos.

Detalle de Coberturas	Límite de Responsabilidad	Prima
Fraude o acto deshonesto cometido por algún empleado	US\$ XXX.XX	US\$ X.X
Acto fraudulento cometido por alguna otra persona.	US\$ XXX.XX	US\$ X.X
Cobertura Adicional:		US\$ X.X
Cuidado, custodia y control	US\$ XXX.XX	US\$ X.X
Honorarios, costos y gastos	US\$ XX.XX	US\$ X.X
Dinero y Valores	US\$ XX.XX	US\$ X.X
Entidades nuevas recientemente Constituidas o adquiridas	US\$ X.X	US\$ X.X
Servicios de consultores de pre-pérdida	US\$ X.X	US\$ X.X
	Prima Total	US\$ XX,XXX

Deducibles: X% de la pérdida, con un mínimo de US\$. X,XX.XX por evento

Observaciones: La presente póliza queda Sujeta a Revisión para su Renovación

Póliza Nueva

Corredor: XXX XXX

Firma Autorizada

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro GPU POL No.73/29-11-2019



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 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.

