



## SEGURO DE GARANTIA EXTENDIDA SOLICITUD DE SEGURO

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 \_\_\_\_\_

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

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) \_\_\_\_\_

### Cobertura:

La Compañía se obliga a proporcionar mediante el cobro de prima correspondiente una extensión del plazo de la Garantía Original o de Fabricante de un Producto mediante una Garantía Extendida a través del cual se da la prestación del servicio de reparación o reemplazo, según corresponda, sea con sus propios medios o mediante la contratación de terceros, del Producto, sus piezas y/o componentes.

La cobertura está sujeta a que el daño o desperfecto tengan origen en materiales o fabricación defectuosa del Producto y se encuentre comprendido dentro de los términos de la Garantía Original o de Fabricante, los cuales no hayan sido excluidos según los términos de esta Póliza. La cobertura inicia inmediatamente venza la Garantía Original o de Fabricante y termina el último día del Plazo de Garantía Extendida indicado en el certificado o contrato de Garantía Extendida.

### 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 PRODUCTO

Producto	Marca	Modelo	Ventas proyectadas para el siguiente año

¿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.

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

PARA USO DE LA COMPAÑÍA

- SOLICITUD DEBIDAMENTE LLENA
- 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.***

\* Clubes

\* Patronatos

\* Iglesias

\* Asociación sin Fines de Lucro