

SEGURO DE INCENDIO Y LÍNEAS ALIADAS (HOGAR SEGURO) 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 _____

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) _____

BENEFICIARIOS DE LA POLIZA:

N°	Nombre Completo	N° 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: _____

SUSCRIPCIÓN DE POLIZAS ESPECIALES

Se determinarán que son Pólizas Especiales aquellas en las Cuales los Contratantes Tomadores de Seguros de éstas sean:	* Comerciantes Individuales <input type="checkbox"/>	* Clubes <input type="checkbox"/>	* Patronatos <input type="checkbox"/>	* Iglesias <input type="checkbox"/>	* Asociación sin Fines de Lucro <input type="checkbox"/>
	* Negocios que son Propiedad de una Persona <input type="checkbox"/>				
	* Asociaciones <input type="checkbox"/>				

PROPIEDADES POR ASEGURARSE

Edificio con Paredes de _____ Techo de _____
 Piso de _____ N° de Pisos _____ Con/Sin Cielo Razo de _____
 Años de Construcción _____ Tipo de Construcción _____ **Monto L.** _____ **Prima L.** _____
 Menaje y/o Contenido, Consistentes en _____ L. _____ L. _____
 Pérdidas de Rentas y Alquileres _____ L. _____ L. _____
 Monto Total _____ L. _____ L. _____

OTROS

Robo por Forzamiento de Ladrones _____ L. _____ L. _____
 Rotura de Cristales _____ L. _____ L. _____
 Responsabilidad Civil _____ L. _____ L. _____

PROTECCIÓN PERSONAL

Pérdida o Robo de Llaves _____ L. _____ L. _____
 Pérdida o Robo de Documentos Oficiales de Identificación _____ L. _____ L. _____

Cantidad de Pagos: _____
 Deducible: _____

Prima Neta L. _____
Impuesto 15% L. _____
Emisión L. _____
Prima Total L. _____

RIESGOS CUBIERTOS

EDIFICIO Y/O CONTENIDO

- * Incendio y/o Rayo
- * Terremoto o Temblor de Tierra
- * Explosión
- * Motín y/o Alborotos Populares
- * Daños Maliciosos
- * Impacto de Aeronaves, Satélites, Cohetes u otros Objetos desprendidos de los mismos. El agua u otros Agentes de Extinción utilizados para Apagar un Incendio.
- * Extensión de Cobertura que incluye: Impacto de Vehículos Terrestres,
- * Huracán, Ventarrón, Tempestad,
- * Caída de Árboles,
- * Rotura y Caída de Antenas de Radio y TV, sus accesorios y Mástiles.
- * Huracán, Tifón, Ciclón, Vientos Tempestuosos y/o Granizo.
- * Inundación.
- * Gastos de Hospedaje (Mensual hasta seis (6) meses.
- * Rotura de Vidrios y Cristales (Aplica sólo para el Edificio)
- * Remoción de Escombros (Aplica sólo para Edificio)
- * Robo, Asalto y/o Atraco (Aplica sólo para el Contenido)
- * Daños a la Residencia Asegurada a Consecuencia Directa de Robo, Asalto y/o Atraco o de cualquier Tentativa a Cometer tales actos.
- * OTROS Coberturas las cuales podrán ser brindadas mediante mutuo acuerdo con el cliente

UBICACION DEL RIESGO

Colonia

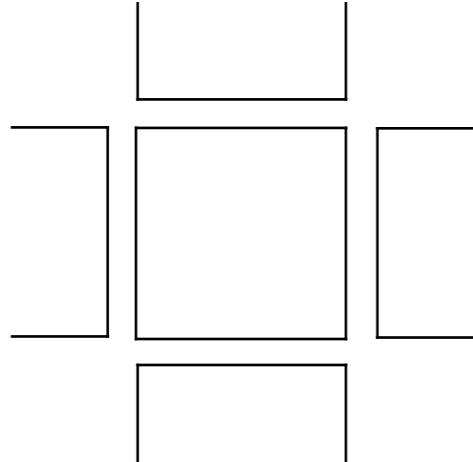
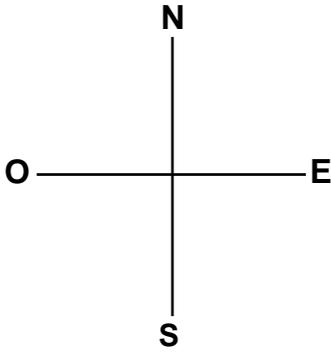
Calle o Avenida

Nº de Casa / Bloque

Manzana Nº Lote

Ciudad

Departamento



UBICACION EXACTA DEL RIESGO

LINDEROS**TIPO DE CONSTRUCCION**

Norte _____

Sur _____

Este _____

Oeste _____

OTROS SEGUROS: (Favor contestar si o no, y en su caso dar detalles)

Hay otros seguros vigentes o por vencer sobre estos mismos bienes? _____

Ha asegurado anteriormente estos mismos bienes u otros de su propiedad, diga con qué Compañía? _____

Ha sido rechazada alguna solicitud por Ud.(s) presentada, diga qué Compañía y razones? _____

Han habido pérdidas anteriormente sobre estos bienes u otros similares de su propiedad, en qué fechas y a cuánto ascendieron? _____

Le han cancelado pólizas de seguro alguna vez, diga qué Compañías y sobre qué bienes? _____

Ha estado asegurado anteriormente en esta Compañía, bajo que riesgo? _____

Otros Seguros con ésta u otras Aseguradoras:

Compañía Aseguradora	Tipo de Seguro	Suma Asegurada	Vigente	No Vigente

FORMA DE PAGO

Estimado Asegurado:

Favor seleccionar la forma de pago de su seguro

Efectivo Débito automático** Tarjeta de crédito/debito*** 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 Compañía 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) Que en cumplimiento de la Resolución SS N° 1676/29-10-2012 emitida 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 del Sector Asegurador (CISA), 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.assa.com. Usted también puede solicitar una copia de dicha política a honduras.sugerencias@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.

Fecha y Firma del Solicitante

Fecha y Firma del Corredor

PARA USO DE LA COMPAÑÍA

- SOLICITUD DEBIDAMENTE LLENA
- COPIA TARJETA DE IDENTIDAD
- AVALÚO / INSPECCIÓN CASA DE HABITACIÓN
- FIRMA DEL ASEGURADO
- COPIA REGISTRO TRIBUTARIO NACIONAL (PERSONA JURIDICA)

¿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 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.

De acuerdo a la Resolución 1768/12-11-2012 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 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.