

SEGURO DE INCENDIO Y LÍNEAS ALIADAS SOLICITUD DE SEGURO

INC-BO-1113

EMPRESARIAL

RESIDENCIAL

Vigente Desde: _____ Hasta: _____

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 _____

Estado Civil: Soltero Casado Viudo UL Nombre completo del Cónyuge o pareja (si aplica) _____

Profesión, Ocupación u Oficio _____

Origen de los Recursos _____ ¿Actúa usted en nombre o representación de otra persona? _____

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 _____

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) _____

Nombre completo e identidad de la persona de quien depende económicamente o del tutor o representante legal (si aplica) _____

Dirección de cobro: _____

Endoso de beneficiario a favor de: _____

Referencias Bancarias, Comerciales y Personales _____

* Figura Pública: son aquellas personas que desempeñan funciones públicas ó gubernamentales prominentes o destacadas en un país.

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: _____

PROPIEDADES POR ASEGURARSE

Edificio(s) con Pared(es) de _____ Techo (s) de _____ No. de Pisos _____ Piso(s) de _____ Con / sin cielo

raza de _____ Años de Construcción _____ Mts. 2 de Construcción _____ Suma Asegurada: Lps _____ Cuota por Millar: _____

Prima Neta: Lps. _____

Impuesto Sobre Ventas: Lps. _____

Gastos de Emisión: Lps. _____

Prima Total: Lps. _____

RIESGOS CUBIERTOS

Incendio

Agua al sofocar un incendio o por los esfuerzos desplegados específicamente para controlar un siniestro amparado por esta póliza

Impacto de rayo

Humo u hollín proveniente de un incendio en el local asegurado o contiguo a él.

Daños materiales por explosión

Impacto de vehículos terrestres o aéreos u objetos caídos del cielo.

Daños materiales por terremoto, temblor

Daños materiales por huelgas, alborotos o tumultos populares

Daños maliciosos

Daños materiales por caídas de naves aéreas, objetos caídos de la misma y/o colisión de vehículos terrestres

Daños materiales por huracán, tifón, tornado, ciclón, vientos tempestuosos y/o granizo

Daños materiales por inundación y/o maremoto

OTROS Coberturas las cuales podrán ser brindadas mediante mutuo acuerdo con el cliente

UBICACION DEL RIESGO

Barrio o Colonia

Calle / Avenida

Nº de Casa / Lote

Entre Avenidas o Calles

Bloque

Ciudad

Departamento

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

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

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.

Firma del Agente

Firma del Asegurado

Nombre y Código del Agente

Fecha

DOCUMENTOS A ADJUNTAR

- SOLICITUD DEBIDAMENTE LLENA
- COPIA AVALUO
- COPIA TARJETA DE IDENTIDAD
- R.T.N. PERSONA NATURAL
- PARA PERSONA JURIDICA**
- COPIA DEL REGISTRO TRIBUTARIO NACIONAL DE LA EMPRESA
- CERTIFICACION DE LA ESCRITURA DE CONSTITUCION Y COPIA DE LOS ESTATUTOS Y REFORMAS CON
- SELLO DEL REGISTRO MERCANTIL.
- COPIA DE LA IDENTIDAD DEL REPRESENTANTE LEGAL

¿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.