

R.T.N 08019019150221

**POLIZA NUEVA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL
PROFESIONAL****Doc. Fiscal: XXXXXX**
Póliza: 07BXXX
Póliza Matriz: 07BX
Endoso: XXX

Sucursal: TEG

Condiciones Particulares

Fecha de Emisión: XX de XX de XX

Grupo Cob: BAM

Plan: Plan Responsabilidad Civil Profesional

Grupo Pol: BAM

Asegurado / Contratante: XXX XXX XXX**Datos Personales:**

Identidad: XXX-XXX-XXX

RTN: XXXXXXXX

Teléfono: XXX-XXX

Celular: XXX-XXX

Apdo.: XXX

Vigencia de la Póliza:

Desde: XX de XX de XX

Hasta: XX de XX de XX

Hora Oficial: 12:00 Meridiano

Término: 365 días

Moneda: XXX

Email: xxxxxx

Dirección: XXX XXX XX

Total de Ubicaciones Aseguradas: 1**Ver Listado Adjunto****Límite de Responsabilidad:****US\$ XX,XXX.XX**

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

Frecuencia de Pago
XX (X) Pagos MensualesConducto de Pago
Descuento De Tarjeta De CréditoDía de Pago
XX del mes correspondiente**Corredor: XXXX XXXX**

Firma Autorizada

R.T.N 08019019150221

POLIZA NUEVA DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL

Condiciones Particulares
Fecha de Emisión: XX de XX de XX
Vigencia: Del XX de XX de XX
al XX de XX de XX

Sucursal: TEG
Grupo Cob: BAM
Grupo Pol: BAM

Asegurado / Contratante: XXX XXX XX

Póliza: 07BXXX
Póliza Matriz: 07BX
Endoso: XXX

Descripción del Bien Asegurado:

Unidad: 1

Ubicación: XXXX XXX

Actividad: XXX XX

Detalle de Coberturas	Límite de Responsabilidad	Prima
Responsabilidad Civil Profesional	US\$ XXX,XXX.XX	US\$ X,XXX.XX

La Compañía se obliga a indemnizar al Asegurado o a los terceros, según el caso, los perjuicios patrimoniales provenientes de la Responsabilidad Civil Profesional en que incurra el Asegurado como consecuencia de actos negligentes (incluyendo culpa grave), impericia, errores u omisiones, en el ejercicio de la profesión de corredor de seguros o agentes de seguros, siempre y cuando estén en pleno y legal ejercicio de su actividad y que la reclamación de los mismos se presente por vez primera durante la vigencia de esta póliza.

La cobertura otorgada por el presente contrato de seguros se extiende a cubrir los siguientes gastos, siempre y cuando éstos se originen de un siniestro amparado bajo los términos de la misma, según se indican a continuación: 1. Los costos del proceso que se establezcan en favor del tercero damnificado o sus causahabientes por la reclamación de perjuicios y con las limitaciones que establezca la ley. 2. Los honorarios de Abogado en que incurra el Asegurado por su propia defensa, dentro de los procesos que se inicien en su contra, siempre y cuando sea notificada, por escrito, la Compañía y que el Asegurado no proceda desatendiendo las instrucciones de la misma.

Deducibles: X% Sobre toda y cada pérdida con un mínimo de US\$ XX.XX por ocurrencia.

Observaciones:

Póliza Nueva

Corredor: XXX XXX

Firma Autorizada



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 comunicarlas 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 Gerencia División de Protección al Usuario Financiero 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 (15) días 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.