

RTN 08019019150221

**POLIZA NUEVA DE SEGURO DE TARJETA PLÁSTICA, CHEQUE,
IDENTIDAD Y DELITOS RELACIONADOS**

Doc. Fiscal: XXXXX
Póliza: 83B
Póliza Matriz: 83B
Endoso: XXX

Sucursal: TEG

Condiciones Particulares

Fecha de Emisión:

Plan: Tarjeta Plástica, Cheque, Identidad y
Delitos Relacionados

Grupo Cob: BAM

Grupo Pol: BAM

Grupo Pol: B

Asegurado / Contratante: XXXXXXX

Datos Personales:

Identidad: XXXXXX

RTN: XXXXXX

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\$

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

Frecuencia de Pago
() Pagos Mensuales

Conducto de Pago
Descuento De Tarjeta De Crédito

Día de Pago
del mes correspondiente

Corredor:

Firma Autorizada

[Escriba aquí]

RTN 08019019150221

**POLIZA NUEVA DE SEGURO TARJETA PLÁSTICA, CHEQUE, IDENTIDAD Y DELITOS
RELACIONADOS**

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

Sucursal: TEG
Grupo Cob: BAM
Grupo Pol: BAM

Póliza: 83BXXX
Póliza Matriz: 07BX
Endoso: XXX

Asegurado / Contratante: XXX XXXX XX

Descripción del Bien Asegurado:

Unidad: 1
Ubicación: XXXX XXX

Actividad: XXX XX

Detalle de Coberturas	Límite de Responsabilidad	Prima
Extravió o Hurto (Tarjetas Plásticas, Cheques, Pérdida de Identidad)	US\$	US\$
Robo (Cajeros Automáticos, Compras en Tienda)	US\$	US\$

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

Observaciones:

Póliza Nueva

Corredor:

Firma Autorizada

[Escriba aquí]

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro GPU POL No.08/22-03-2021.

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 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.

[Escriba aquí]