

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL SOLICITUD DE SEGURO

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 _____
 N° Tel.: _____ Fax _____ Bo. o Colonia _____ Calle _____ Ave. _____ Bloque _____ Ciudad _____ Municipio _____ Departamento _____
 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: _____

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) _____

SUSCRIPCIÓN DE POLIZAS ESPECIALES

Se determinarán que son Pólizas Especiales aquellas en las

Cuales los Contratantes Tomadores de Seguros de éstas sean:

1. Límite de Responsabilidad: _____

2. Ubicación del Riesgo: (Dirección completa) _____

3. Descripción de Actividades _____

4. Coberturas Básicas (Límites Solicitados)

4.1 Lesiones Corporales

Cada Persona _____ Por Accidente _____

4.2 Límite único Combinado

Por Evento _____

* Comerciantes Individuales	<input type="checkbox"/>	* Clubes	<input type="checkbox"/>
* Negocios que son Propiedad	<input type="checkbox"/>	* Patronatos	<input type="checkbox"/>
de una Persona	<input type="checkbox"/>	* Iglesias	<input type="checkbox"/>
* Asociaciones	<input type="checkbox"/>	* Asociación sin Fines de Lucro	<input type="checkbox"/>

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL SOLICITUD DE SEGURO

COBERTURAS:

Riesgos Cubiertos:

Limite de Responsabilidad

1) AMPAROS:

AMPARO "A": RESPONSABILIDAD POR LESIONES CORPORALES

AMPARO "B": RESPONSABILIDAD POR DAÑOS A BIENES

2) DEFENSA: Defensa, liquidación o ajuste, pagos suplementarios: asimismo, La Compañía se obliga a lo siguiente en relación con el seguro que ofrece esta póliza:

- a) Defender al Asegurado en cualquier pleito que contra él se promueva o inicie y en que se alegue la existencia de tales lesiones, enfermedad, avería, daño o destrucción y se pretenda el cobro de daños y perjuicios por estos conceptos y aun cuando se estimare que tal pleito es infundado, falso o fraudulento; pero La Compañía se reserva el derecho de realizar cualquier investigación, negociación y ajuste de cualquier reclamo o pleito que estimare conveniente.
- b) Pagar todas las primas sobre fianzas para liberar embargos y todas las primas sobre fianzas de apelación requeridas en conexión con la defensa de tales pleitos ambas hasta por una suma que no exceda del límite de responsabilidad correspondiente que se estipula en esta póliza, pero sin estar obligada a solicitar o suministrar tales fianzas.
- c) Pagar todos los gastos en que incurra La Compañía, por todas las costas impuestas al Asegurado en tales pleitos y todos los intereses que se devenguen acumulen desde el momento de dictada la sentencia hasta que La Compañía haya pagado u ofrecido pagar o depositado en el tribunal la suma que por dicha sentencia o fallo esté obligado a pagar el asegurado, pero sin exceder del límite de la responsabilidad de La Compañía por ese concepto que se determina en esta póliza.
- d) Pagar los gastos en que incurra el Asegurado por concepto de los primeros auxilios médicos y quirúrgicos que imperiosamente deban prestarse a terceras personas al tiempo del accidente.
- e) Reembolsar al Asegurado todos los gastos razonables, excepto lucro cesante; La Compañía se obliga al pago de las sumas expresadas en los párrafos (a), (b), (c) y (d) además del límite de responsabilidad aplicable al pleito o reclamación conforme a esta póliza.

3) Extensiones de Coberturas a Ser Otorgados Mediante Acuerdo de la Compañía:

- Contratistas y Subcontratistas.....
- Bienes bajo cuidado, custodia y control.....
- Contaminación súbita y accidental.....
- Productos y trabajos terminados.....
- Envenenamiento por comida y/o bebida.....
- Responsabilidad civil patronal.....
- Guardias de seguridad.....
- Gastos médicos voluntarios.....
- Responsabilidad civil contractual.....
- Autos propios, no propios y alquilados.....
- Elevadores y ascensores.....
- Responsabilidad civil por estacionamientos.....
- Responsabilidad civil cruzada.....
- Responsabilidad civil legal por incendio.....
- Ofensas personales y públicas.....
- Daños a terceros por maniobras de carga y descarga y/o bienes transportados....
- Talleres de reparación.....

Prima Neta:

Impuesto Sobre Ventas: _____

Gastos de Emisión: _____

Prima Total:

5. Informaciones Generales

- a. Descripción de los edificios indicando el año de construcción y número de pisos _____
- b. Área del terreno donde se encuentran los edificios: Edificio Nº 1 _____ mts2 Edificio Nº 2 _____ mts2 Edificio Nº 3 _____ mts2
- c. Describir las colindancias y distancias a que se encuentran _____
- d. Número de empleados (excluyendo contratistas y subcontratistas) _____ Contratistas _____ Subcontratistas _____
- e. Salarios pagados anualmente _____ Ventas anuales _____
- f. ¿Existen en los predios un restaurante, cantina y/o cafetería? Si NO En caso de ser afirmativo, ¿Cuántos de empleados que tiene? _____

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL SOLICITUD DE SEGURO

¿Está abierto al público Si No Si requiere cobertura por envenenamiento de comida para este servicio declare la venta anual del restaurante/ Cantina/ cafetería _____

g. Descripción del equipo mecánico dentro del recinto _____

h. ¿Toma usted bienes de terceros para mantenerlos bajo su cuidado, custodia y control? Si No En caso de ser afirmativa su respuesta, describa cual es su procedimiento para salvaguardarlos y protegerlos: _____

i. ¿Tiene vigente o ha tenido alguna vez un Seguro de Responsabilidad Civil? Si No

j. ¿Le han negado o cancelado un seguro de Responsabilidad Civil? Si No - En caso de ser positiva su respuesta, explique porqué _____

6. Otros Seguros con ésta u otras Aseguradoras:

COMPAÑÍA ASEGURADORA	TIPO DE SEGURO	SUMA ASEGURADA	VIGENTE	NO VIGENTE

a. Describa brevemente los siniestros ocurridos en los últimos 5 años indicando la fecha, causa y monto pagado por daños a la propiedad y por lesiones corporales:

FECHA DEL SINIESTRO	ASEGURADORA	MONTO PAGADO	DESCRIPCION DEL SINIESTRO

1. CONTESTAR UNICAMENTE SI DESEA LA COBERTURA DE RESPONSABILIDAD CIVIL PARA PRODUCTOS

a. Descripción de o los tipos de productos fabricados o de los trabajos efectuados: _____

b. Breve descripción de proceso de fabricación de los productos: _____

c. Ventas anuales por país (en caso de necesitar RC de productos en el extranjero):

PAIS DONDE EXPORTA	PRODUCTO	VENTA/EXPORTACION	¿SU PRODUCTO ES UTILIZADO ¿COMO MATERIA PRIMA? SI / NO

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL SOLICITUD DE SEGURO

DOCUMENTOS A ADJUNTAR

- _____ SOLICITUD DEBIDAMENTE LLENA
- _____ COPIA PARA EL EXPEDIENTE DEL REGISTRO TRIBUTARIO NACIONAL PERSONA JURÍDICA
- _____ COPIA DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIFICACIÓN DE CADA UNO DE LOS REPRESENTANTES DE LA SOCIEDAD
- _____ CERTIFICACIÓN DEL SECRETARIO DE LA JUNTA DIRECTIVA DONDE DECLARE EL NOMBRE COMPLETO Y NUMERO DE IDENTIFICACIÓN DE LOS ACCIONISTAS PRINCIPALES, DE LOS DIRECTORES, ASESORES Y FUNCIONARIOS PRINCIPALES Y DIGNATARIOS Y DE LOS EJECUTIVOS AUTORIZADOS PARA CONTRATAR EN NOMBRE DE LA EMPRESA, INCLUYENDO COPIA DE LOS DOCUMENTOS DE IDENTIDAD DE CADA UNO DE ELLOS PARA EL EXPEDIENTE.
- _____ FIRMA DEL ASEGURADO
- _____ FORMA DE PAGO _____
- _____ COPIA ESCRITURA DE CONSTITUCIÓN DE LA SOCIEDAD
- _____ COPIA DEL PODER DEL REPRESENTANTE LEGAL
- _____ AUTORIZACIÓN ORIGINAL CONCEDIDA POR LA SECRETARÍA DE ESTADO EN LOS DESPACHOS DE INDUSTRIA Y COMERCIO, PARA EJERCER EL COMERCIO EN LA REPÚBLICA DE HONDURAS Y SU RESPECTIVA INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO MERCANTIL CORRESPONDIENTE DE ACUERDO A LOS ART. 308, 309 Y 310 DEL CODIGO DE COMERCIO, EN CASO QUE LA SOCIEDAD ESTE CONSTITUIDA EN EL EXTRANJERO.

FORMA DE PAGO

Estimado Asegurado:

Favor seleccionar la forma de pago de su seguro

- Efectivo** **Cargo 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 aseguradora 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.



SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL SOLICITUD DE SEGURO

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.assanet.com.hn. Usted también puede solicitar una copia de dicha política a servicioalclientehn@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.

FIRMA DEL SOLICITANTE

AGENTE

LUGAR Y FECHA

¿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 servicioalclientehn@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 Gerencia 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.