

☐ Empresarial ☐ Residencial

Duración del Seguro: Desde \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_ Agente \_\_\_\_\_

## Persona Natural o Representante Legal del Contratante

Primer apellido: \_\_\_\_\_ Segundo apellido: \_\_\_\_\_

Nombres: \_\_\_\_\_ Apellido de casada: \_\_\_\_\_

Tipo de identificación: ☐ Pasaporte vigente ☐ Carnet de residente ☐ Documento Nacional de Identificación (DNI)

N° Ident. \_\_\_\_\_

Sexo: ☐ F ☐ M Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Otras nacionalidades: \_\_\_\_\_

Dirección de residencia completa: \_\_\_\_\_

Referencia: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_

N° Tel.: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Correo electrónico personal: \_\_\_\_\_

Estado civil: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Viudo ☐ UL

Nombre completo del cónyuge o pareja (si aplica): \_\_\_\_\_

Profesión: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Oficio o actividad económica: \_\_\_\_\_

Origen de los recursos: \_\_\_\_\_

¿Actúa usted en nombre o representación de otra persona?: \_\_\_\_\_

Nombre y giro del negocio (si aplica): \_\_\_\_\_

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_

No. Teléfono: \_\_\_\_\_ 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 51 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 o gubernamentales prominentes o destacadas en un país.*

## Persona Jurídica

Denominación y Razón Social: \_\_\_\_\_ N° de R.T.N.: \_\_\_\_\_

Objeto social y/o actividad económica: \_\_\_\_\_ Fecha de constitución: \_\_\_\_\_

Dirección de la oficina principal: \_\_\_\_\_

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 de al menos dos referencias bancarias o comerciales: \_\_\_\_\_

## Propiedades por asegurarse

Edificio(s) con Pared(es) de: \_\_\_\_\_ Techo(s) de: \_\_\_\_\_

Piso(s) de: \_\_\_\_\_ N° de Pisos: \_\_\_\_\_ Con/Sin Cielo Razo de: \_\_\_\_\_

Años de Construcción: \_\_\_\_\_ Mts<sup>2</sup> 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:

---

---

---

## Ubicación del Riesgo

Barrio / Colonia: \_\_\_\_\_ Calle o Avenida: \_\_\_\_\_

Nº de Casa / Lote: \_\_\_\_\_ Entre Avenidas o Calles: \_\_\_\_\_

Bloque: \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

¿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 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 y la Circular SSE N° 12/2020 emitidas 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 Primas y Siniestros (CIPS), 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.assanet.com.hn](http://www.assanet.com.hn). Usted también puede solicitar una copia de dicha política a [servicioalclientehn@assanet.com](mailto: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 Agente

\_\_\_\_\_  
Firma del Asegurado

\_\_\_\_\_  
Nombre y Código del Agente

\_\_\_\_\_  
Fecha

### Para uso de la compañía

- |                                                           |                                                                              |                                                                 |
|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Solicitud debidamente completada | <input type="checkbox"/> Copia de Documento Nacional de Identificación (DNI) | <input type="checkbox"/> Avalúo / inspección casa de habitación |
|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|

### Para Persona Jurídica:

- |                                                                                               |                                                                      |                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Copia de escritura de constitución de la sociedad y reformas         | <input type="checkbox"/> Copia de Registro Tributario Nacional (RTN) | <input type="checkbox"/> Copia del Documento Nacional de Identificación (DNI) del Representante Legal |
| <input type="checkbox"/> Copia del Registro Tributario Nacional (RTN) del Representante Legal | <input type="checkbox"/> Copia del Poder 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 [servicioalclientehn@assanet.com](mailto:servicioalclientehn@assanet.com) o al teléfono (504) 2202-8300 y con gusto le atenderemos con rapidez.

De acuerdo a la Resolución 767/05-12-2022 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 hábiles 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.***