

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: _____

Referencia: _____

Ciudad: _____ Municipio: _____ Departamento: _____

N° Tel.: _____ 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: _____

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 51 en adelante

Cargo público desempeñado en los últimos cuatro años e institución (si aplica): _____

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: _____

Datos del Bien Asegurado

Ubicación del Riesgo

Ciudad: _____ Municipio: _____ Departamento: _____

Clase de Bien

Nombre del Barco: _____

Nombre del dueño: _____

Acreedor / Beneficiario: _____ Monto: _____

Valor: _____ Tipo de Barco: _____ ☐ Alquiler ☐ Placer

Condición Actual: _____ Material del Casco: _____

Valor Actual / Suma Asegurada: _____ Largo: _____ Ancho: _____ Altura: _____

Calado: _____ Fechas de últimas reparaciones: _____

Tipo de Combustible: _____ Cantidad de Tanques y Capacidad: _____

Maquinarias Auxiliares y Tipos: _____

Detalle de Maquinaria y Coberturas

Marcas y N° de serie de motores: _____

Caballos de fuerza: _____ Fechas de últimas reparaciones: _____

Bombas de Achique (Tipos): _____ Extintores de Incendio: _____

Cantidad y peso de Anclas: _____

Tipo y localización de Estufa: _____

Radio y equipo electrónico: _____

Mástil, Plumas, Otro equipo: _____

Puerto de Operaciones:_____

Área de Navegación:_____

Valor Asegurado:_____Tipo de póliza:_____

Responsabilidad Civil del Casco:_____

Cobertura Básica

Seleccione una cobertura entre Pérdida total y Avería Particular:

☐ Avería Particular (Daño Material)

☐ Pérdida Total

☐ Colisión y Abordaje

Coberturas Adicionales

Coberturas Adicionales	Suma Asegurada	Límite de Responsabilidad
Protección e Indemnidad (P&I)		
Daños a la Propiedad Ajena		
Lesión o Muerte a Terceras Personas		
Cobertura de Remolque y del Transporte		
Gastos Médicos		

Cobertura	Deducible	Límite de Responsabilidad	Tarifa	Prima Neta Total

Totales		
Prima Neta		
Impuesto de Ventas		
Gastos de Emisión		
Total a Pagar:		

¿Tiene usted otro seguro con nuestra compañía?_____

¿Tiene usted otros seguros sobre los mismos bienes con otra compañía de seguros? especifique:

Especifique los riesgos:_____

Otros Seguros con esta u otras Aseguradoras:

Compañía	Tipo de Seguro	Suma Asegurada	Vigente	No Vigente

Suscripción de Pólizas Especiales

Pólizas Especiales aquellas en las cuales los Contratantes Tomadores de Seguros son los siguientes: y deberán adjuntar fotocopia autenticada jurídica y la certificación de registro emitida por la Secretaría de Estado correspondiente.

- ☐ Comerciantes Individuales ☐ Negocios que son Propiedad de una persona ☐ Asociaciones
☐ Clubes ☐ Patronatos ☐ Iglesias ☐ Asociación sin fines de lucro

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) 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. 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

Fecha

Para uso de la compañía

- ☐ Solicitud debidamente completada ☐ Copia de Documento Nacional de Identificación (DNI)

Para Persona Jurídica:

- ☐ Copia de escritura de constitución de la sociedad y reformas ☐ Copia de Registro Tributario Nacional (RTN) ☐ Copia del Documento Nacional de Identificación (DNI) del Representante Legal
☐ Copia del Registro Tributario Nacional (RTN) del Representante Legal ☐ 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 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.