

## Solicitud de Seguro de Automóvil

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

### 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 \_\_\_\_\_

Uso del Vehículo \_\_\_\_\_ Endoso de Beneficiario a favor de \_\_\_\_\_

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                      N° Tel. \_\_\_\_\_

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) \_\_\_\_\_

### Beneficiarios de la Póliza

Nº	Nombre Completo	Nº de Identificación	Dirección	Parentesco	Edad	Porcentaje %
1.-						
2.-						
3.-						
4.-						

### Persona Jurídica

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

Objeto social y/o actividad económica \_\_\_\_\_ Fecha de Constitución \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

Bo. o Colonia                      Calle                      Ave.                      Bloque                      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 al menos dos referencias bancarias o comerciales: \_\_\_\_\_

### Características del Vehículo

Año:	Marca:	Modelo	Tipo de Carrocería:	Color:	Valor estimado por el Asegurado incluyendo sus Accesorios
Nº de Serie		Nº de Motor:	Nº Ocupantes	Nº de Placa:	

### Coberturas Deseadas

#### Riesgos Cubiertos

#### Límites de Responsabilidad

1. La pérdida o el daño del vehículo descrito en los incisos que aparecen en esta póliza y de sus lámparas, llantas, gomas, accesorios necesarios y que formen parte de él, cuando sea a consecuencia de choque o vuelco accidental, o de choque o vuelco que provengan de rotura mecánica o de desgaste natural. con exclusión del daño accidental de las llantas salvo cuando el vehículo sufra daño al mismo tiempo que ellas. \_\_\_\_\_
2. El costo del traslado del vehículo al taller de reparaciones más cercano, como consecuencia de un accidente que haya causado pérdida o daño de los cubiertos por esta póliza, hasta una suma que no exceda del veinte por ciento (20%) del costo que se convenga para las reparaciones. \_\_\_\_\_
3. Gastos Médicos \_\_\_\_\_
4. Responsabilidad civil daños a terceros en sus bienes y en sus personas. \_\_\_\_\_

#### Coberturas Básicas

- Daño parcial – colisión / catastrófico \_\_\_\_\_
- Pérdida total – colisión / catastrófico \_\_\_\_\_
- Robo total de vehículos, incendio, rayo, daño malicioso, explosión, huelgas y alboroto populares. \_\_\_\_\_
- Responsabilidad civil daños a terceros en sus bienes \_\_\_\_\_
- Responsabilidad civil daños a terceros en sus personas por persona \_\_\_\_\_ por dos o mas personas. \_\_\_\_\_
- Rótura de cristales \_\_\_\_\_
- Equipo especial (el de fabrica) \_\_\_\_\_
- Extensión territorial (Centroamérica incluyendo Panamá) \_\_\_\_\_
- Gastos médicos \_\_\_\_\_

**Mediante convenio expreso y con el pago correspondiente de prima la Compañía podrá otorgar las siguientes Coberturas Adicionales:**

Responsabilidad Civil en Exceso	_____
Reembolso de Deducible en caso de colisión no culposa del asegurado	_____
Muerte Accidental del Conductor	_____
Gastos Funerarios del Conductor	_____
Cobertura para Efectos Personales del Asegurado	_____
Alquiler de Automóvil en caso de Colisión y/o Vuelco	_____
Alquiler de Automóvil en caso de Robo	_____
No Aplicación de Depreciación en caso de Pérdida Total en Autos Nuevos	_____
	PRIMA NETA _____
	IMPUESTO 15% _____
	EMISIÓN _____
	PRIMA TOTAL _____

Declare las cantidades pagadas por usted o por cualquier compañía de seguros con motivo de cualquier accidente en el que se haya involucrado su vehículo o usted durante lo últimos tres años \_\_\_\_\_

Declare si tenía su vehículo asegurado y con qué compañía: \_\_\_\_\_

Declare si algún asegurador con respecto a seguros sobre vehículos: A. ¿Ha rehusado aceptar cualquier vehículo por usted sometido? \_\_\_\_\_

B. ¿Ha cancelado su póliza o se ha negado a renovarla? \_\_\_\_\_ ¿Tiene el solicitante algún impedimento físico? \_\_\_\_\_

¿Ha sido suspendido o revocada en alguna oportunidad la licencia de conducción del solicitante? \_\_\_\_\_

Manifieste si el vehículo será manejado por personas menores de 21 años pero mayores de 18 años: Sí  No  Entendiéndose que esta cobertura tiene un costo adicional de Lps. \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

¿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 ésta u otras Aseguradoras:**

Compañía	Tipo de Seguro	Suma Asegurada	Vigente	No Vigente

**Su 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.

- \*Clubes
- \*Patronatos
- \*Iglesias
- \*Asociación sin Fines de Lucro

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha y Firma del Corredor

**Para uso de la Compañía**

- Solicitud debidamente completada
- Copia de licencia del conducir / copia de tarjeta de identidad
- Copia de documentos del vehículo asegurado

**Para Persona Jurídica**

- Copia de escritura de constitución de la sociedad y reformas
- Copia de Tributario Nacional
- Copia de la tarjeta de identidad del representante legal
- Copia del poder del representante legal

¿Sugerencias? Si usted tiene sugerencias, quejas o inquietudes sobre el servicio de ASSA Compañía de Seguros Honduras, S.A., o de su intermediario, nos gustaría escucharlas y atenderlas. Puede comunicarnos al correo electrónico honduras.sugerencias@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.  
Gerencia de Protección al Usuario Financiero. Comisión Nacional de Bancos y Seguros.

**Esta institución financiera tiene Hojas de Reclamación de las Instituciones Supervisadas a disposición del usuario financiero que las solicite.**