

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.