

SOLICITUD DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL INDUSTRIAS, COMERCIOS Y TALLERES LC-RCI-1213-01

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 _____
 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: _____

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 PÓLIZAS ESPECIALES

Se determinarán que son Pólizas Especiales aquellas en las
Cuales los Contratantes Tomadores de Seguros de éstas sean:

* Comerciantes Individuales	☐	* Clubes	☐
* Negocios que son Propiedad de una Persona	☐	* Patronatos	☐
* Asociaciones	☐	* Iglesias	☐
		* Asociación sin Fines de Lucro	☐

2. Ubicación del Riesgo: (Dirección completa) _____

3. Descripción de Actividades _____

4. Cobertura Básica (Límites Solicitados)

4.1 Lesiones Corporales

4.2 Límite único Combinado

Cada Persona _____ Por Accidente _____

Por Evento _____

5. Informaciones Generales

5.1 Descripción de los edificios indicando el año de construcción y número de pisos _____

5.2 Area del terreno donde se encuentran los edificios: Edificio N° 1 _____ mts2 Edificio N° 2 _____ mts2 Edificio N° 3 _____ mts2

5.3 Describir las colindancias y distancias a que se encuentren _____

5.4 Número de empleados (Excluyendo contratistas y subcontratistas) _____

5.5 Salarios pagados anualmente _____

5.6 Ventas Anuales _____

5.7 ¿Existen en los predios un restaurante, cantina y/o cafetería? _____ En caso de ser afirmativo, indique el número de empleados y si está abierto al público _____

5.8 Descripción del Equipo Mecánico dentro del recinto _____

5.9 ¿Tiene vigente o ha tenido alguna vez un seguro de Responsabilidad Civil ? SI ☐ NO ☐

Le han negado o cancelado un seguro de responsabilidad Civil? _____

Otros Seguros con ésta u otras Aseguradoras:

Compañía Aseguradora	Tipo de Seguro	Suma Asegurada	Vigente	No Vigente

5.10 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 _____

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

6.1 Descripción de los tipos de productos fabricados o de los trabajos efectuados _____

6.2 Breve descripción del proceso de fabricación de los productos _____

6.3 Ventas anuales por país (en caso de necesitar RC de productos en el extranjero) _____

DOCUMENTOS A ADJUNTAR

_____ SOLICITUD DEBIDAMENTE LLENA

_____ COPIA PARA EL EXPEDIENTE DEL REGISTRO TRIBUTARIO NACIONAL PERSONA JURÍDICA

_____ COPIA TARJETA DE IDENTIDAD DE CADA UNO DE LOS REPRESENTANTES DE LA SOCIEDAD

_____ CERTIFICACION 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 CONSTITUCION 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 INSCRIPCION 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 ☐ **Débito automático**** ☐ **Tarjeta de crédito/débito***** ☐

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.

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.assa.com. Usted también puede solicitar una copia de dicha política a honduras.sugerencias@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 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.

De acuerdo a la Resolución 1768/12-11-2012 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 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.