Compañía de Seguros

Tegucigalpa, M.D.C., Apartado Postal Nº 3220
PBX: (504) 2202-8300
San Pedro Sula, Cortés, Apartado Postal Nº 780
Tel.: (504) 2556-5468,Fax: (504) 2556-5471
servicioalclientehn@assanet.com

SOLICITUD DE SEGURO DE TRANSPORTE

LC-MAR1-1213-01

PERSONA JURIDICA

2.- Denominación y Razón Social _____ Nº 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

Nº 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

Nº 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

_____ N° Tel. _____
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 ☐
- * Negocios que son Propiedad de una Persona ☐
- * Asociaciones ☐
- * Clubes ☐
- * Patronatos ☐
- * Iglesias ☐
- * Asociación sin Fines de Lucro ☐

TIPO DE POLIZA CONTRATANTE:

Por el viaje ☐ Anual con declaración mensual ☐ Anual con pronósticos ☐ Abierta Anual ☐

MEDIOS DE TRANSPORTE

Marítimo Aereo ☐ Terrestre camión ☐ Terrestre ferrocarril ☐

TIPO DE TRANSPORTE

Importación ☐ Exportación ☐ Combinado ☐ Tránsito Nacional ☐

MONEDA: Lempiras ☐ Dolares (USD) ☐

Origen: _____

Destino: _____

DESCRIPCION DE LOS BIENES MATERIA DEL SEGURO:

Nuevos ☐ _____ Usados ☐ _____

_____ _____

_____ _____

Suma Asegurada (Estimado anual de ventas o embarques): _____

_____

Descripción de embalaje, envase y/o empaque: (cartón, cajones, contenedor consolidado, contenedor completo, sacos, etc.):_____

_____

_____

Nombre del Buque _____ Clasificado 100A1 SI ☐ NO ☐

Límite máximo de Responsabilidad (Por Embarque)

Marítimo _____ Aéreo _____ Terrestre (Camión)_____ Terrestre (Ferrocarril) _____

Estimado anual: Ventas ☐ Embarques ☐

Suma Asegurada	Estimado Anual ($)	Año Anterior ($)
Importaciones:	_____	_____
Exportaciones:	_____	_____
Tránsito Nacional:	_____	_____

Estimado de bienes a transportar (en porcentaje) por:

Buque:_____% Avión: _____% Camión: _____% Ferrocarril _____% Valor para Seguro _____

Número estimado de embarques anuales: _____

COBERTURAS SOLICITADAS

1) Riesgos ordinarios de transito ☐ 2) Robo total ☐ 3) Robo parcial ☐ 4) Mojadura ☐ 5) Oxidación ☐ 6) Contactos con otras cargas ☐

7) Rotura ☐ 8) Merma o derrame ☐ 9) Todo riesgo ☐ 10) Incisos 1) al 9) ☐

COBERTURAS ADICIONALES

Huelgas y alborotos populares ☐ Baratería del capital o la tripulación ☐ Guerra ☐ Echazón ☐ Barredura ☐

CLAUSULAS ESPECIALES:

Bodega a Bodega ☐ Maniobras de carga y descarga ☐ Deducible R. O. T. ☐ Estadía ☐ Devoluciones ☐ Productos a granel ☐

Etiquetas y envolturas ☐ Desempaque diferido ☐ Productos refrigerados ☐ Beneficiarios preferente ☐

Otras coberturas no mencionadas: _____

TRANSPOTE TERRESTRE

CAMIONES

Propios ☐ Servicio Público ☐ Cerrados ☐ Abiertos ☐ Furgón ☐ Contenedor ☐ Portacontenedor ☐ Plataforma ☐

Encarpados ☐ Otro tipo ☐

PRINCIPALES TRANSPORTISTAS UTILIZADOS POR EL PROSPECTO:

Terrestre. _____ Líneas navieras: _____

Líneas Aéreas: _____ Agente aduanal: _____

AÑO	PRIMA PAGADA	MONTO DE SINIESTROS PAGADOS	Nº DE SINIESTROS PAGADOS	CAUSA / DESCRIPCION	Nº DE SINIESTROS PENDIENTES	MONTO DE SINIESTROS PENDIENTES

INFORMACION ADICIONAL DEL PROSPECTO (TRANSPORTE TERRESTRE

Solo utiliza carreteras ☐ Cuota ☐ Libres ☐ Ambas ☐

Horario de transporte: 06:00 hrs. A 20:00 hrs. ☐ Cualquier horario ☐ Otros ☐ Especifique _____

_____

OBSERVACIONES ADICIONALES:

Asegurador actual: _____

Cuota(s) actual(es): _____ Suma asegurada: _____

Deducibles: Robo y/o asalto _____

Volcadura: _____

Demás riesgos: _____

Otros Seguros con ésta u otras Aseguradoras:

Compañía Aseguradora	Tipo de Seguro	Suma Asegurada	Vigente	No Vigente

Corredor/Agente: _____

INSPECCION:

Si la compañía opta por efectuar inspección, favor indicar el nombre de la persona a entrevistar.

Nombre: _____ Cargo/Puesto: _____

Teléfono: _____ E-mail: _____ Fax: _____.

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 REPRESENTATES 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 AUCIERDO 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/debito***** ☐

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 comunicarlas 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.