

SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES DE VIAJE-ASSA TRAVEL

SOLICITUD DE SEGURO

Duración del Seguro: Desde _____ Hasta _____

Agente _____ Fecha del día _____

PERSONA NATURAL O REPRESENTANTE LEGAL DEL CONTRATANTE

1.-PrimerApellido _____ SegundoApellido _____ Nombres _____ Apellido de Casada _____

Tipo de Identificación: Tarjeta de Identidad Pasaporte vigente Carnet de Residente N° Ident. _____ Sexo: M D F D

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 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) _____

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: _____

3. SUSCRIPCIÓN DE PÓLIZAS ESPECIALES Se determinarán que son Pólizas Especiales aquellas en las Cuales los Contratantes Tomadores de Seguros de éstas sean:

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

4.- BENEFICIARIO(S) (DAR NOMBRES COMPLETOS EN LETRA MOLDE)

	NOMBRE COMPLETO	Nº DE IDENTIFICACION	DIRECCION	PARENTESCO	EDAD	PORCENTAJE%
1.-						
2.-						
3.-						
4.-						
5.-						
6.-						
7.-						

EN DEFECTO DE TODOS LOS ANTERIORES

	NOMBRE COMPLETO	Nº DE IDENTIFICACION	DIRECCION	PARENTESCO	EDAD	PORCENTAJE%
1.-						
2.-						
3.-						
4.-						
5.-						

5.- DATOS DEL VIAJE

Propósito del Viaje _____

Destino Principal del Viaje _____

Escalas y Destinos Múltiples _____

Destino Final del Viaje _____

Nº de Días _____

Comenzando el _____ A las _____ a.m/p.m.

Prima a Pagar _____

PLAN ELEGIDO

Silver

Gold

Platinum

Doméstico

Es tu Seguro

Cruise Protection

AIG Traveller

Travel Plus Silver

Travel Plus Gold

TIPO DE SEGURO:

Individual

Corporativo

6.- OTROS SEGUROS CON ESTA U OTRAS ASEGURADORAS AHORA EN VIGOR O SOLICITADOS:

COMPañIA ASEGURADORA	TIPO DE SEGURO	SUMA ASEGURADA	VIGENTE	NO VIGENTE

--	--	--	--	--

7.- ¿USTED ESTA SOLICITANDO ESTE SEGURO EN SU NOMBRE O EN NOMBRE DE OTRA PERSONA? _____

CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre _____

Dirección _____

Nº de Identidad _____

Tel. Casa _____ Tel. Oficina _____ Celular _____

Correo Electrónico: _____

8.- BENEFICIOS:

ASISTENCIA 24 HORAS:

Asistencia mundial las 24 hrs., con número telefónico gratuito (según destino), con personal altamente capacitado, que resolverá sus problemas de la mejor forma.

ASISTENCIA MÉDICA:

Llamando al número de Asistencia Internacional usted obtendrá orientación acerca de donde dirigirse en caso de una urgencia.

ASISTENCIA EN CASO DE PERDIDA O DEMORA DEL EQUIPAJE:

Se debe llamar al número de Asistencia Internacional para hacer el trámite y seguimiento respectivo del equipaje.

TRASPORTE MEDICO DE EMERGENCIA:

Traslado médico las 24 hrs. Al hospital o clínica por medio del teléfono de Asistencia Internacional.

MUERTE ACCIDENTAL:

Indemnización a los beneficiarios en caso de muerte accidental, incluyendo repatriación de restos.

TELEFONO DE ASISTENCIA INTERNACIONAL:

Todos los beneficios deben coordinarse por medio de este servicio, previo a utilizar los mismos.

Aquí se especifican únicamente los principales beneficios. Por cada Plan de Seguro aplican las Coberturas que el Asegurado adquiera, según lo establecido en la Cláusula No. 1 de las Condiciones Generales, Condiciones particulares y exclusivas de los contratos vigentes al momento de adquirir la Póliza.

COBERTURAS:

Conforme lo establecido en la Cláusula No. 1 Cobertura de las Condiciones Generales.

SUMA ASEGURADA:

Según Plan Elegido.

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 SSN° 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 proveído 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

Firma Agente o Corredor

PARA USO DE LA COMPAÑÍA

- SOLICITUD DEBIDAMENTE LLENA
- COPIA TARJETA DE IDENTIDAD
- FIRMA DEL ASEGURADO
- FORMA DE PAGO.....
- COPIA ESCRITURA DE CONSTITUCIÓN DE LA SOCIEDAD
- COPIA REGISTRO TRIBUTARIO NACIONAL (PERSONA /JURIDICA)
- COPIA 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 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.