

VIGENCIA DEL SEGURO

Vigencias Desde: ____ / ____ / ____ Al medio día - Vigencia Hasta: ____ / ____ / ____ Al medio día

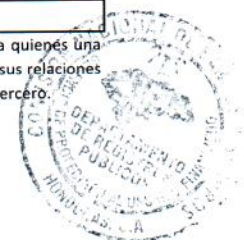
Razón Social:		RTN:
Nombre Comercial:		Fecha de Constitución:
Dirección:		País:
		Municipio:
Teléfono:	Celular:	Departamento:
Fax No.:	Email:	
Actividad Económica o Giro del Negocio:		

Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre	
No. de identificación:				Tipo: Identidad ☐ Carnet Residencia ☐ Pasaporte ☐			
Lugar de Nacimiento		Fecha de Nacimiento		Edad	Género	Estado Civil	
		Día ____ Mes ____ Año ____			M ☐ F ☐	S ☐ C ☐ UL ☐ V ☐	
Dirección de residencia:							
Nacionalidad:				Profesión u oficio:			
Teléfono:		Celular:		Email:			
Otras empresas donde labora:							
Posición o cargo que desempeña:						Tiempo de laborar: Años	
Nivel de ingresos, según el No. De salario mínimo mensual vigente:				De 0-3 ☐ De 4-6 ☐ De 7-10 ☐ De 11-20 ☐ De 21-50 ☐			
Detallar origen de los ingresos:							
Nombre del conyuge o pareja:						Empresa donde labora:	
Teléfono:		Celular:		Email:			
Es usted ó algun representante de la empresa una Persona Expuesta Póliticamente (PEP)*1: Si ☐ No ☐ Detalle:							
Nombre Completo		ID	Empresa		Cargo	Fecha de Ingreso	

Fecha en que el Empleado tiene derecho al seguro:		
Inmediatamente	Si ☐ No ☐	Después de un periodo de espera de: _____ días de laborar en la empresas
DATOS DE FACTURACIÓN		Emitir Póliza en: Lempiras ☐ US Dolares ☐
Dirección de Cobro:		Teléfono:
Email:		Celular:
Solicita Facturación: Mensual ☐ Trimestral ☐ Semestral ☐ Anual ☐ Anual No. De Pagos:		
Incluye Empresas Afiliadas: Si ☐ No ☐		DETALLE DE EMPRESAS AFILIADAS
Empresa	Dirección	Contactos /Teléfono

***1/PEP:** personas que desempeñan o han desempeñado funciones públicas destacadas en el país o en un país extranjero, los nacionales o extranjeros a quienes una organización internacional les ha confiado una función destacada dentro o fuera del país, y que por su capacidad de influencia en las decisiones estatales, sus relaciones de negocio con personas o sociedades, o sobre procesos públicos de cualquier naturaleza, pueden utilizar su influencia para su propio beneficio o de un tercero.

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No. 40/26-09-2019



SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MEDICOS
SOLICITUD DE SEGURO (CONTRATANTE)

Información de Otros Seguros		Tiene Otros Seguros:		Con la Compañía	Si ☐ No ☐	En otra Compañía	Si ☐ No ☐
Detalle tipo de Seguros:							
CONTRIBUCIÓN DEL GRUPO A ASEGURAR Si el asegurado contribuye al pago de la prima, se requiere el 75% de Participación		CLASIFICACIÓN DEL GRUPO A ASEGURAR					
Gastos Medicos y Plan Dental:		Clase	Nombre de la Categoría				
Empleado	Contributorio	☐					
	No contributorio	☐					
Dependientes	Contributorio	☐					
	No contributorio	☐					
COBERTURAS ADICIONALES		Maternidad:	Si ☐	No ☐			
		Plan Dental	Si ☐	No ☐			
		Servicio de Asistencia Médica:	Si ☐	No ☐			
		Servicio de Asistencia Dental:	Si ☐	No ☐			

Declaración del Solicitante, Declaro: (1) Que la información Proporcionada es exacta, completa, correcta y verídica; (2) Acepto que sea considerada como base para la emisión del seguro solicitado y forma parte integral de la póliza; (3) Que la Compañía 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 (CNBS) o de cualquier fuente de información de datos de crédito; (4) Que en cumplimiento de la Resolución SS No.1676/29-10-2012 emitida por la CNBS, autorizo a la Compañía de Seguros a consultar información referente a reclamos presentados sobre las pólizas de seguros contratadas en la Central de Información del Sector Asegurador (CISA), herramienta administrada por la CNBS en cualquier tiempo, mientras exista una relación contractual entre ambas partes. Las declaraciones y autorizaciones antes indicadas serán manejadas de acuerdo a lo establecido en nuestra política de privacidad, la cual puede solicitar a honduras.sugerencias@assanet.com.

Certifico que he recibido leído y comprendido los terminos y condiciones de la cobertura de la póliza de seguros que estoy (amos) solicitando.

Lugar _____ Fecha _____

Nombre del Representante Legal	Intermediario
Cargo	Código
Firma y Sello	Firma y Sello

Documentación Necesaria:

- 1 Solicitud de seguro debidamente completada y firmada por el representante legal de la empresa.....
- 2 Copia de la Oferta final, firmada y sellada de aceptado.....
- 3 Copia de identificación del Representante legal de la empresa.....
- 4 Copia de RTN (Registro Tributario Nacional) del representante legal de la empresa.....
- 5 Copia de RTN (Registro Tributario Nacional) de la empresa.....
- 6 Copia de la Escritura de Constitución de la Empresa Contratante.....
- 7 Solicitud de Incripción debidamente completada por cada persona a asegurar.....

Check

☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐

¿Sugerencias? Si usted tiene sugerencias, quejas o inquietudes sobre el servicio de la Compañía de Seguros o de su Intermediario, nos gustaria escucharlas y atenderlas. Puede comunicarse al Correo Electronico 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.

Esta institución Financiera tiene Hojas de Reclamación de las Instituciones Supervisadas a disposición del usuario financiero que las solicite.
Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No. 40/26-09-2019



SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MÉDICOS
SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN (ASEGURADO)

De acuerdo a las Condiciones Generales y Condiciones Particulares contempladas en la Póliza de Seguro Colectivo de Gastos Médicos contratada por nuestra representada en ASSA Compañía de Seguros Honduras, S.A. solicitamos la inscripción de nuestro colaborador en base al consentimiento

Uso de la Compañía		
Cobertura de Seguro Solicitada	No. De Póliza	No. De Certificado
Colectivo de Gastos Médicos:		

DATOS PROPORCIONADOS POR EL CONTRATANTE	
Nombre del Empleado:	No. De empleado:
Cargo que desempeña:	Fecha de Contratación:
Nombre del Contratante:	____/____/____
Empresa Afiliada:	
Categoría del Empleado:	

Fecha: ____ de ____ del ____ Firma Autorizada por el Contratante

Sello

DATOS DEL ASEGURADO					
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre		
No. de identificación:		Tipo:	Identidad ☐	Carnet Residencia ☐	Pasaporte ☐
Lugar de Nacimiento	Fecha de Nacimiento	Edad	Género	Estado Civil	
	Día ____ Mes ____ Año ____		M ☐ F ☐	S ☐ C ☐ UL ☐ V ☐	
Dirección de residencia:					
Nacionalidad:		Profesión u oficio:			
Teléfono:	Celular:	Email:			
Empresas donde labora:					
Posición o cargo que desempeña:				Fecha de Empleo ____/____/____	
Estatura en metros:	Peso en libras:	Fuma:	Si ☐ No ☐	Cuantos Cigarrillos al día:	
Ingiere bebidas alcohólicas?:	Si ☐ No ☐	¿Cada cuánto?	Diario ☐ Semanal ☐ Mensual ☐ Otro:		
Información de Otros Seguros		Tiene Otros Seguros: Con la Compañía Si ☐ No ☐ En otra Compañía Si ☐ No ☐			
Detalle tipo de Seguros:		Vida ☐ Gastos Médicos ☐ AP ☐ Compañía:			

AUTORIZACIÓN DE PAGO DE RECLAMACIONES -DEPÓSITO A CUENTA (GASTOS MÉDICOS)		
Nombre del Titular de la cuenta:		
Banco:	Tipo de Cuenta: Ahorro ☐ Cheques ☐	Moneda: Lps. ☐ US\$ ☐
No. De Cuenta:		
*Email:		
* Para recibir notificación del reembolso de sus reclamos		Firma Autorizando Deposito a cuenta

COBERTURA PARA DEPENDIENTES ECONÓMICOS (Cónyuge e Hijos) GASTOS MÉDICOS ☐ PL ☐ DENTAL ☐				
Por este medio, solicito las coberturas arriba indicadas para los dependientes económicos detallados a continuación.				
Nombre completo	Parentesco	Fecha de Nacimiento	Peso (lbs)	Estatura (mts)



CONDICIÓN DE SALUD DEL ASEGURADO Y SUS DEPENDIENTES

Para validar su solicitud, deberá contestar a cada una de las preguntas indicadas en el cuestionario de salud (conteste Si o No, con su puño y letra). Para cada respuesta positiva, deberá detallar el nombre del paciente en la línea derecha.

I Ha padecido o padece usted, su cónyuge o sus hijos; de alguna de las enfermedades o alteración de la salud detallada a continuación:	Conteste Si o No	Detalle nombre del paciente
1 Enfermedades de los pulmones, asma, bronquitis crónica, enfisema pulmonar, neumonía, tuberculosis u otras enfermedades del aparato respiratorio?	Si ☐ No ☐	
2 Dolores de Cabeza, migrañas, insomnio, apoplejía, vértigos, desmayos, depresiones nerviosas, neurosis, epilepsia, convulsiones, u otras enfermedades del sistema nervioso?	Si ☐ No ☐	
3 Trastornos del estómago, esófago, intestino delgado/grueso, úlceras, cálculos vesiculares, vómitos de sangre, reflujo, cólicos hepáticos, enfermedades del hígado, u otras enfermedades del sistema digestivo?	Si ☐ No ☐	
4 Alteración o afección de los ojos; cataratas, glaucoma, inflamaciones?	Si ☐ No ☐	
5 Enfermedades de los oídos, síndrome de meniere, supuraciones, zumbido en los oídos?	Si ☐ No ☐	
6 Enfermedades en las articulaciones; artritis, reumatismo, lumbago, afección en la columna vertebral, lupus, ciática, lesiones en los huesos (osteoporosis-osteopenia) u otros del sistema óseo?	Si ☐ No ☐	
7 Enfermedades de la piel, psoriasis, vitiligo?	Si ☐ No ☐	
8 Enfermedades o malformación congénita, inflamación en ganglios linfáticos, alteración de la tiroides; bocio, hipotiroidismo, hipertiroidismo, inflamación de la tiroides, nódulos?	Si ☐ No ☐	
9 Presión arterial alta o baja, diabetes, opresión del pecho, palpitaciones rápidas, angina de pecho, enfermedad de chagas, anemia, enfermedad cerebro vascular, derrame, isquemia cerebral (trombosis o embolia) u otras enfermedades del aparato circulatorio?	Si ☐ No ☐	
10 Afección en los riñones, vejiga, uretra, próstata, infección urinaria, ¿orina con sangre, azúcar, arenillas, pus? Cálculos renales?	Si ☐ No ☐	
11 Enfermedades infectocontagiosas, hepatitis, meningitis, herpes, fiebres tifoideas, malaria, difteria, toxoplasmosis?	Si ☐ No ☐	
12 Infección por VIH o SIDA, u otras de Transmisión Sexual; gonorrea, chancro, sífilis u otras?	Si ☐ No ☐	
Cáncer, quistes, tumores, enfermedades en la sangre, transfusiones de sangre, hernias, parálisis, deformidad o mutilación de algún miembro?	Si ☐ No ☐	
II Ha estado hospitalizado por enfermedad o accidente?	Si ☐ No ☐	
1 Ha sido intervenido quirúrgicamente? De qué?	Si ☐ No ☐	
2 Ha estado hospitalizado? Por qué?	Si ☐ No ☐	
III Para personas del sexo femenino	Si ☐ No ☐	
1 ¿Está Embarazada? ¿De cuantos meses?	Si ☐ No ☐	
2 Padece de alguna enfermedad ginecológica o de los senos?	Si ☐ No ☐	
3 Indique la fecha de su última citología:	Si ☐ No ☐	
IV Su capacidad de trabajo se ha reducido? ¿Porque?:	Si ☐ No ☐	
V Ha tenido alguna alteración de salud, ha consultado a un médico para tratamiento de alguna enfermedad o condición médica no mencionada anteriormente?	Si ☐ No ☐	
Para cada respuesta contestada "Si", favor detalle la enfermedad o accidente del paciente	Nombre/Dirección/Teléfono del Medico Tratante	Fecha y duración del tratamiento

IMPORTANTE (FAVOR LEER ANTES DE FIRMAR): de conformidad a los artículos 1141 y 1143 del Código de Comercio, el abajo firmante declara que los datos aquí consignados son verdaderos y exactos, y que no ha omitido, desvirtuado, ni ocultado antecedentes médicos y conviene que las respuestas anteriores forman parte de la Solicitud del Seguro. Solicitud que sirve de base para la emisión de la cobertura del seguro, la cual será nula y quedará sin efecto si hay omisión, inexactitud o falsedad en las declaraciones anteriormente dadas, el firmante acepta que la Compañía se reserva el derecho de solicitar requisitos adicionales así como de emitir o no la cobertura solicitada.

AUTORIZACIÓN. Yo, el abajo firmante, por este medio autorizo a los médicos, laboratorios, clínicas y hospitales, para que proporcionen a ASSA Compañía de Seguros Honduras, S.A. Información sobre mi salud o la de mis dependientes económicos, incluyendo copia de historial clínico, relevándolos de cualquier prohibición legal con relación a la revelación de datos de sus registros. Queda entendido que una copia fotostática de esta autorización, debe considerarse tan efectiva y valida como la original

Fecha: Día _____ Mes _____ Año _____

Firma del Solicitante

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No. 40/26-09-2019





SEGURO COLECTIVO DE GASTOS MÉDICOS
SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN (ASEGURADO)

PARA USO INTERNO DE LA COMPAÑÍA

¿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 comunicarse 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.

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

