



**SEGURO COLECTIVO DE VIDA**  
**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN (ASEGURADO)**

	Uso de la Compañía	
	No. De Póliza	No. De Certificado
Colectivo de Vida:		

De acuerdo a las condiciones generales y particulares contempladas en la póliza de Seguro Colectivo de Vida contratada por nuestra representada en ASSA Compañía de Seguros S.A. solicitamos la inscripción de nuestro colaborador en base al consentimiento detallado a continuación:

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:	Salario mensual:	Lps. <input type="checkbox"/>	US\$ <input type="checkbox"/>
Suma Asegurada	Lps. <input type="checkbox"/>	US\$ <input type="checkbox"/>	
Seguro de Vida Opcional:	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Suma Opcional:

Fecha: \_\_\_\_ de \_\_\_\_ del \_\_\_\_  
Firma Autorizada por el Contratante

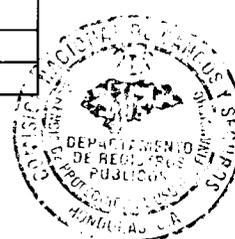
Sello

DATOS DEL ASEGURADO					
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre		
No. de identificación:			Tipo:	Identidad <input type="checkbox"/>	Carnet Residencia <input type="checkbox"/>
Lugar de Nacimiento			Fecha de Nacimiento	Edad	Género
Día ____ Mes ____ Año ____			M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	S <input type="checkbox"/>
Dirección de residencia:			Estado Civil		
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 <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Cuantos Cigarrillos al día:
Ingiere bebidas alcohólicas?:	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	¿Cada cuánto?	Diario <input type="checkbox"/>	Semanal <input type="checkbox"/>
Información de Otros Seguros		Tiene Otros Seguros:	Con la Compañía	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Detalle tipo de Seguros:		En otra Compañía	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Compañía:

BENEFICIARIOS PRIMARIOS DEL SEGURO DE VIDA			
Nombre completo	Parentesco	Fecha de Nacimiento	Porcentaje

BENEFICIARIOS DE CONTINGENCIA			
En caso de fallecimiento de él o los beneficiarios primarios designados, nombro como beneficiarios de contingencia a:			
Nombre completo	Parentesco	Fecha de Nacimiento	Porcentaje

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No. 41/26-09-2019



Nota: La cobertura del seguro cubrirá en primer término la obligación laboral que la Empresa Contratante deba asumir según lo indicado en las condiciones particulares de la póliza y el Código de Trabajo. De existir remanente la suma asegurada deberá ser entregada a los beneficiarios previamente indicados.

**CONDICIÓN DE SALUD DEL ASEGURADO**

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.

PREGUNTAS		Conteste Si o No	Detalle nombre del paciente
<b>I Ha estado hospitalizado por enfermedad o accidente?</b>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
1	Ha sido intervenido quirúrgicamente? De qué?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
2	Ha estado hospitalizado? Por qué?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
<b>II Para personas del sexo femenino</b>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
1	¿Está Embarazada? ¿De cuantos meses?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
2	Padece de alguna enfermedad ginecológica o de los senos?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
<b>III Su capacidad de trabajo se ha reducido? ¿Porque?:</b>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
<b>IV Ha tenido alguna alteración de salud, ha consultado a un médico para tratamiento de alguna enfermedad o condición médica?</b>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
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 S.A. Información sobre mi salud 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 válida como la original

Fecha: Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

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](mailto: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. 41/26-09-2019





**SEGURO COLECTIVO DE VIDA**  
**SOLICITUD DE SEGURO (CONTRATANTE)**

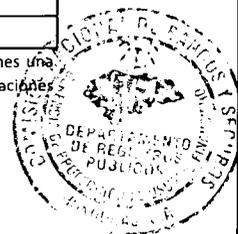
Por este medio se hace formal solicitud a la Compañía para la contratación del Seguro Colectivo de Vida de acuerdo a las condiciones negociadas en propuesta de seguro debidamente aprobada, la Póliza deberá emitirse a nombre del Contratante, según se indica más adelante, de acuerdo con la siguiente información:

**VIGENCIA DEL SEGURO**

Vigencias Desde: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Al medio día - Vigencia Hasta: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Al medio día

DATOS DE LA EMPRESA CONTRATANTE					
Razón Social:			RTN:		
Nombre Comercial:			Fecha de Constitución:		
Dirección:			País:		
			Municipio:		
Teléfono:		Celular:		Departamento:	
Fax No.:		Email:			
Actividad Economica o Giro del Negocio:					
DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL					
Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre	Segundo Nombre
No. de identificación:			Tipo: Identidad <input type="checkbox"/> Carnet Residencia <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/>		
Lugar de Nacimiento		Fecha de Nacimiento	Edad	Género	Estado Civil
		Día ____ Mes ____ Año ____		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> UL <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/>
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 minimo mensual vigente: De 0-3 <input type="checkbox"/> De 4-6 <input type="checkbox"/> De 7-10 <input type="checkbox"/> De 11-20 <input type="checkbox"/> De 21-50 <input type="checkbox"/>					
Detallar origen de los ingresos:					
Nombre del cónyuge o pareja:				Empresa donde labora:	
Teléfono:		Celular:		Email:	
Es usted ó algun representante de la empresa una Persona Expuesta Políticaicamente (PEP)*1: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Detalle:					
Nombre Completo		ID	Empresa	Cargo	Fecha de Ingreso
CONDICIONES PARA EMISIÓN DE LA PÓLIZA					
Fecha en que el Empleado tiene derecho al seguro:					
Inmediatamente Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Después de un periodo de espera de: ____ días de laborar en la empresas					
DATOS DE FACTURACIÓN			Emitir Póliza en: Lempiras <input type="checkbox"/> US Dolares <input type="checkbox"/>		
Dirección de Cobro:				Teléfono:	
Email:				Celular:	
Solicita Facturación: Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Anual No. De Pagos:					
Incluye Empresas Afiliadas: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
Empresa		Dirección		Contactos /Teléfono	

\*1/PEP: personas que desempeñan o han desempeñado funciones publicas 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.



**OBLIGACIÓN LABORAL VIDA COLECTIVO** - (Aplica para Seguro No Contributorio). En caso de existir obligación laboral por parte del contratante, y en base al Artículo No. 430 del Código de Trabajo, los beneficios suscritos bajo la póliza de Vida cubrirán inicialmente, la obligación laboral:  
 Si  No

**Información de Otros Seguros** Tiene Otros Seguros: Con la Compañía Si  No  En otra Compañía Si  No

Detalle tipo de Seguros:

CONTRIBUCION DEL GRUPO A ASEGURAR		CLASIFICACIÓN DEL GRUPO A ASEGURAR	
Si el asegurado contribuye al pago de la prima, se requiere el 75% de Participación		Clase	Nombre de la Categoría
Vida Colectivo:	Contributorio <input type="checkbox"/>		
	No contributorio <input type="checkbox"/>		

**SEGURO DE VIDA OPCIONAL 100% Contributorio:** Si  No   
 El Contratante se compromete a recaudar mediante deducción, las primas correspondientes a cada empleados asegurado - Participación Mínima 75%

<b>COBERTURAS ADICIONALES</b>	Asistencia Médica por Accidentes Laborales:	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	Asistencia Fúnebraria:	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	Asistencia Odontológica:	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

**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 Inscripción debidamente completada por cada persona a asegurar.....

Check

<input type="checkbox"/>

¿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](mailto: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. 41/26-09-2019

