



## SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES SOLICITUD DE SEGURO (INDIVIDUAL)

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

VIGENCIA DEL SEGURO				
Vigencias Desde: _____ / _____ / _____ Al medio día - Vigencia Hasta: _____ / _____ / _____ Al medio día				
PERSONA NATURAL				
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	
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
			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 mínimo 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 conyuge o pareja:			Empresa donde labora:	
Teléfono:	Celular:	Email:		
Es usted ó algun representante su empresa una Persona Expuesta Políticamente (PEP)*1: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Detalle:				
Nombre Completo	ID	Empresa	Cargo	Fecha de Ingreso
BENEFICIARIOS PRIMARIOS DEL SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES				
Nombre completo	Parentesco	Fecha de Nacimiento	Porcentaje	
BENEFICIARIOS DE CONTINGENCIA				
En caso de fallecimiento de él o los beneficiarios primarios designados, nombre como beneficiarios de contingencia a:				
Nombre completo	Parentesco	Fecha de Nacimiento	Porcentaje	
<b>Información de Otros Seguros</b>	Tiene Otros Seguros:	Con la Compañía	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	En otra Compañía Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Detalle tipo de Seguros:				

\*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.



### 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).	Conteste Si o No	Información Adicional
1 ¿Ha presentado usted alguna vez solicitud de seguro de accidente, enfermedad, incapacidad, hospitalización o vida y cuya solicitud haya sido rechazada, pospuesta o retirada? O ¿Ha tenido usted algún seguro de ese tipo que haya sido modificado o que haya tenido aumento en tasa de prima o haya sido cancelado o cuya renovación haya sido denegada?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
2 Representa el total de indemnización por incapacidad bajo todas las pólizas que usted tiene en vigor, y/o que esté solicitando, menos del 75% de sus ingresos promedios?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
3 A su leal saber y entender ¿Ha sufrido usted alguna vez de presión arterial anormal, úlceras, tuberculosis, hernia, diabetes, sifilis, parálisis, artritis, reumatismo, cualquier trastorno o enfermedad de los sistemas mental, nervioso, génito-urinario o digestivo, espalda, espina dorsal o corazón? (En caso afirmativo dar detalles completos sobre la naturaleza, fecha periodo de incapacidad, nombre del doctor que lo atendió y resultado eventual del tratamiento).	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
4 Ha estado usted bajo observación o recibido plan o tratamiento médico o quirúrgico o ha ingresado en algún hospital durante los últimos cinco años? (En caso afirmativo dar detalles completos sobre fechas, enfermedad, duración y resultado eventual del tratamiento).	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
5 A su leal saber y entender se encuentra usted ahora en buena salud y libre de todo impedimento o deformidad física? (En caso negativo dar detalles completos).	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
6 ¿Vuela usted en avión? (En caso afirmativo dar detalles sobre horas de viaje promedio anual, si viaje en aviones comerciales o en aviones particulares).	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
7 ¿Tiene usted proyectado algún viaje fuera del país donde usted reside o se propone acometer alguna actividad azarosa? (En caso afirmativo dar detalles completos).	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
8 ¿Comprende usted y conviene en que el seguro aquí solicitado no entrará en vigor mientras no se emita la póliza?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
9 ¿Ha estado asegurado anteriormente en esta Compañía? ¿Bajo qué riesgo?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
10 ¿Usted está solicitando este seguro en su nombre o en nombre de otra persona?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

### INFORMACIÓN ADICIONAL

#### FORMA DE PAGO

Por favor seleccionar la forma de pago de su seguro:

Efectivo <input type="checkbox"/>	Cheque* <input type="checkbox"/>	Débito Automático** <input type="checkbox"/>	Tarjeta de Crédito/Débito*** <input type="checkbox"/>
Depósito a Cuenta**** <input type="checkbox"/>	Transferencia Bancaria**** <input type="checkbox"/>		

\*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 Banco ATLÁNTIDA, BAC Y DAVIVIENDA.

#### DATOS DE FACTURACIÓN

Emitir Póliza en: Lempiras  US Dolares

Dirección de Cobro:

Teléfono:

Email:

Celular:

#### RESPONSABLE DE PAGO\*

Nombre del Contratante de la póliza:

Confirmación de relación del Pagador con el Contratante de la Póliza:

\*Nota: Estos Campos solo deberán ser completados si el responsable de pago es distinto al contratante. Si el Pagador es distinto al Contratante, deberá completar el formulario de Información Mínima a nombre del pagador de la póliza.

COBERTURAS ADICIONALES	Desmembramiento Accidental	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Renta por Incapacidad Total y Permanente por Accidente	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Renta por Incapacidad Total Temporal por Accidente	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Reembolso de Gastos Médicos por Accidente	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Renta Diaria por Hospitalización por Accidente	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Gastos Funerarios por Accidente	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Muerte Accidental en Accidentes de Tránsito	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Cobertura por 24 horas al día incluyendo Aciación Comercial	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Accidentes en Motocicleta	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Homicidio o Muerte por Arma de Fuego	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>



SERVICIOS DE ASISTENCIA	Asistencia Médica en caso de Accidente Laboral	Si	No	Si	No
	Servicio de Asistencia Funeralaria	Si	No	Si	No
	Servicio de Asistencia Odontológica	Si	No	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 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 (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 leido y comprendido los términos y condiciones de la cobertura de la póliza de seguros que estoy solicitando.**

Lugar \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del Solicitante	Nombre del Intermediario
Fecha	Firma del Intermediario

**Documentación Necesaria:**

- 1 Solicitud de seguro debidamente completada y firmada .....
- 2 Copia de la Oferta final, firmada de aceptado .....
- 3 Copia del RTN.....
- 4 Copia de la Tarjeta de Identidad.....



**¿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.

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 30 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.

Las condiciones Generales del Seguro de Accidentes Personales forman parte integral de la póliza. Puede descargar las mismas en [www.assanet.com.hn](http://www.assanet.com.hn)

