



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
		Día ____ Mes ____ Año ____		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 o algún representante su empresa una Persona Expuesta Políticaicamente (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, nombro como beneficiarios de contingencia a:				
Nombre completo		Parentesco	Fecha de Nacimiento	Porcentaje
Información de Otros Seguros				
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 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.



CONDICIÓN DE SALUD DEL ASEGURADO		
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, sífilis, parálisis, artritis, reumatismo, cualquier trastorno o enfermedad de los sistemas mental, nervioso, genito-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"/>	

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



SERVICIOS DE ASISTENCIA	Asistencia Médica en caso de Accidente Laboral	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
	Servicio de Asistencia Funeraria	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
	Servicio de 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 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 55 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 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.....

Check

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

¿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 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.

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

