

SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

SOLICITUD DE SEGURO (CONTRATANTE)

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

Colectivo de Accidentes Personales: ☐

No. Póliza:

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 Económica o Giro del Negocio:					
DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL					
Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre	
				Segundo Nombre	
No. de identificación:		Tipo:		Identidad ☐ Carnet Residencia ☐ Pasaporte ☐	
Lugar de Nacimiento		Fecha de Nacimiento		Edad	
		Día ____ Mes ____ Año ____		Género	
				Estado Civil	
				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 o algún representante de la empresa una Persona Expuesta Póliticamente (PEP)*1: Si ☐ No ☐ 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 ☐ 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 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.

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 Consentimiento Individual de Seguro 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 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.

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución POL GPU No. 72/29-11-2019





Seguro de Accidentes Personales

Solicitud de Seguro (Asegurado)

De acuerdo a las condiciones generales y particulares contempladas en las pólizas de Seguros Colectivos contratadas por nuestra representada en ASSA Compañía de Seguros S.A. solicitamos la inscripción de nuestro colaborador en base al consentimiento detallado a continuación:

Cobertura de Seguro Solicitada	Uso de la Compañía	
	No. De Póliza	No. De Certificado
Colectivo de Accidentes Personales: ☐		

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. ☐ US\$ ☐
Suma Asegurada Lps. ☐ US\$ ☐	
Seguro de AP Opcional: Si ☐ No ☐	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 ☐ Carnet Residencia ☐ Pasaporte ☐	
Lugar de Nacimiento	Fecha de Nacimiento	Edad	Género
	Día ____ Mes ____ Año ____		M ☐ F ☐
Dirección de residencia:		Estado Civil	
Nacionalidad:		S ☐ C ☐ UL ☐ V ☐	
Profesión u oficio:			
Teléfono:	Celular:	Email:	
Empresa 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 REEMBOLSOS - DEPÓSITO A CUENTA (ACCIDENTES PERSONALES)			
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 su reclamos		Firma Autorizando Depósito a cuenta	



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

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.

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 o la de mis dependientes económicos, incluyendo copia de historial clínico, relevandolos 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

Firma del Solicitante

Fecha: Día _____ Mes _____ Año _____

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.

