

De acuerdo a las condiciones generales y particulares contempladas en las pólizas de Seguros Colectivos contratadas por nuestra representada en ASSA Compañía de Seguros, 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: <input type="checkbox"/>		

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 AP 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"/> Pasaporte <input type="checkbox"/>	
Lugar de Nacimiento	Fecha de Nacimiento	Edad	Género
	Día ____ Mes ____ Año ____		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Dirección de residencia:			
Nacionalidad:		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 <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"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otro:	
<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: Vida <input type="checkbox"/> Gastos Médicos <input type="checkbox"/> AP <input type="checkbox"/> Compañía:			
Autorización de pago de reembolso - Depósito a cuenta (Accidentes Personales)			
Nombre del Titular de la cuenta:			
Banco:	Tipo de Cuenta:	Ahorro <input type="checkbox"/> Cheques <input type="checkbox"/>	Moneda: Lps. <input type="checkbox"/> US\$ <input type="checkbox"/>
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 entregadas 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, 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 valida 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 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.