

## **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 Per	rsonales:										
No. Póliza:											
VIGENCIA DEL SEGURO											
Vigencias Desde:	/	/	Al medio día  -  '	√igencia I	Hasta:	/	/_	Al r	medio día		
		DAT	TOS DE LA EMPRES	A CONT	RATANTE	1					
Razón Social:					RTN:						
Nombre Comercial:							Fecha de Constitución:				
Dirección:					País:						
		<del></del>					Municipio:				
Teléfono:			ılar:				Departamento:				
Fax No.:		Em	nail:								
Actividad Economica o Giro del N	egocio:	_									
Primer Apellido			ATOS DEL REPRESI	TOS DEL REPRESENTANTE LEGAL				re Segundo Nombre			
Frimer Apellido		36	gunuo Apemuo		Primer Nomb	ii e		Seguin	do Nombre		
No. de identificación:				Tipo:	Identidad	Car	net Re	sidencia	Pasaporte		
Lugar de Nacimiento		Fech	na de Nacimiento	Edad				Carnet Residencia Pasaporte Stado Civil			
		Dia Me			МПБ		S	ПсП	UL  V		
Dirección de residencia:				1					<u></u>		
Nacionalidad:			Profesión u	oficio:							
Teléfono:	Celul	ar:	L	Email:							
Otras empresas donde labora:											
Posición o cargo que desempeña:	:					Tier	mpo de	e laborar:	Años		
Nivel de ingresos, según el No. De		nimo mens	sual vigente: De	0-3	De 4-6	De	7-10 <b>[</b>	De 11-20	De 21-50		
Detallar origen de los ingresos:			•		<u>-</u>	_			<u> </u>		
Nombre del conyuge o pareja:		Empresa donde labora:									
Teléfono:	Celular:		Email:		<u> </u>						
Es usted ó algun representante de la empresa una Perso			na Expuesta Póliticamente (PEP)*1: S				No [	Detalle:			
Nombre Completo			ID	Empresa				Cargo	Fecha de Ingreso		
Fasha an aus al Empleodo tiono	dawa ah a al		ICIONES PARA EM	ISION D	E LA POLIZA						
Fecha en que el Empleado tiene o		_									
Inmediatamente Si No		Despúes de	un periodo de espera			abora F	_	empresas	<del></del>		
DATOS DE FACT	Emitir Póliza en: Lempiras				US Dolares						
Dirección de Cobro:						Teléfono: Celular:					
Email:						$\overline{}$					
Solicita Facturación:	Men:		Trimestral	Semestr		DECA		No. De Pagos:			
Incluye Empresas Afiliadas: Si No Empresa			DETALLE DE EMPRESAS AFILIADAS  Dirección Contactos /Te						efono		
Empresa	p. 332 Contactos / Telefoli										

<sup>\*1/</sup>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.

<b>OBLIGACIÓN LABORAL ACCIDENTES PERSO</b> contratante, y en base al Artículo No. 430 del laboral: Si								
Información de Otros Seguros Tiene	Otros Seguros: Con la C	ompañía Si No	En otra Compañí	a Si No				
Detalle tipo de Seguros:	Ū		- '					
CONTRIBUCION DEL GRUPO A ASEGUR Si el asegurado contribuye al pago de la prima, se requiere		CLASIFICACIÓN DEL	GRUPO A ASEGURAR					
Participación	Clase	Nomb	re de la Categoría					
Contributorio	$\vdash$							
Accidentes								
Personales:								
No contributorio				ı				
		CIDENTES OPCIONAL 100% C		No				
		compromete a recaudar media ado - Participación Mínima 75%	inte dedución, las primas	s correspondientes a cada				
	empleados asegure	ado Turricipación William 7576		T				
		miento Accidental		Si No				
	·	capacidad Total y Permanent	•	Si No				
		de Gastos Médicos por Accido rarios por Accidente	ente	Si No No				
COBERTURAS ADICIONALES		capacidad Total Temporal po	or Accidente	Si No				
	Renta Diaria	por Hospitalización por Acci	dente	Si No				
	Accidentes e	Accidentes en Motocicleta Si No						
	Homicidio o	Muerte por Arma de Fuego		Si No				
	Sarvicia da /	Asistonoia Mádica:	Si	No 🗍				
COBERTURAS ADICIONALES		Servicio de Asistencia Médica: Si No Servicio de Asistencia Fúneraria: Si No No						
		Servicio de Asistencia Pental:						
solicitado y forma parte integral de la póliza; (3)que la as riesgos de la Comisión Nacional de Bancos y Seguros (CNBS por la CNBS, autorizo a la compañía de seguros a consulta Asegurador (CISA), herramienta administrada por la CNBS e serán manejadas de acuerdo a lo establecido en nuestra pol Certifico que he recibido leido y comprendido los te	o de cualquier fuente de informac r información referente a reclamo n cualquier tiempo, mientras exist ítica de privacidad, la cual puede sc	ión de datos de crédito; (4)Que en cu s presentados sobre las pólizas de s a una relación contractual entre amb slicitar a honduras.sugerencias@assar	implimiento de la resolución S eguros contratadas en la Cen las partes. Las declaraciones y net.com.	S No.1676/29-10-2012 emitida tral de Información del Sectol autorizaciones antes indicadas				
Lugar		Fecha						
Nombre del Representant	e Legal		Intermediario					
Cargo			Código					
curso			coulgo					
Firma y Sello			Firma y Sello					
Documentación Necesaria:  1 Solicitud de seguro debidamente complet 2 Copia de la Oferta final, firmada y sellada				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 servicioalclientehn@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.