

De acuerdo a las Condiciones Generales y Condiciones Particulares contempladas en la Póliza de Seguro Colectivo de Gastos Médicos contratada por nuestra representada en ASSA Compañía de Seguros Honduras, 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 Gastos Médicos:		

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:	

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"/>		
Estado Civil					
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:			
Empresas 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:					
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: Vida <input type="checkbox"/> Gastos Médicos <input type="checkbox"/> AP <input type="checkbox"/> Compañía:					
Autorización de pago de reclamaciones - depósito a cuenta (gastos médicos)					
Nombre del titular de la cuenta:					
Banco:	Tipo de cuenta:	Ahorro	Cheques		
No. de cuenta:		Monedas:	Lps. US\$		
*Email:		Firma autorizando depósito a cuenta			
*Para recibir notificaciones del reembolso de sus reclamos					
Cobertura para dependientes económicos (cónyuge e hijos)		Gastos médicos		Plan dental	
Por este medio, solicito las coberturas arriba indicadas para los dependientes económicos detallados a continuación.					
Nombre completo	Parentesco	Fecha de Nacimiento	Documento Nacional de Identificación	Peso (lbs)	Estatura (mts)

Condición de salud del asegurado y sus dependientes		
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). Para cada respuesta positiva, deberá detallar el nombre del paciente en la línea derecha.		
<b>I Ha padecido o padece usted, su cónyuge o sus hijos; de alguna de las enfermedades o alteración de la salud detallada a continuación:</b>	Conteste Si o No	Detalle nombre del paciente
1 Enfermedades de los pulmones, asma, bronquitis crónica, enfisema pulmonar, neumonía, tuberculosis u otras enfermedades del aparato respiratorio?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
2 Dolores de Cabeza, migrañas, insomnio, apoplejía, vértigos, desmayos, depresiones nerviosas, neurosis, epilepsia, convulsiones, u otras enfermedades del sistema nervioso?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
3 Trastornos del estómago, esófago, intestino delgado/grueso, úlceras, cálculos vesiculares, vómitos de sangre, reflujos, cólicos hepáticos, enfermedades del hígado, u otras enfermedades del sistema digestivo?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
4 Alteración o afección de los ojos; cataratas, glaucoma, inflamaciones?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
5 Enfermedades de los oídos, síndrome de meniere, supuraciones, zumbido en los oídos?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
6 Enfermedades en las articulaciones; artritis, reumatismo, lumbago, afección en la columna vertebral, lupus, ciática, lesiones en los huesos (osteoporosis-osteopenia) u otros del sistema óseo?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
7 Enfermedades de la piel, psoriasis, vitiligo?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
8 Enfermedades o malformación congénita, inflamación en ganglios linfáticos, alteración de la tiroides; bocio, hipotiroidismo, hipertiroidismo, inflamación de la tiroides, nódulos?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
9 Presión arterial alta o baja, diabetes, opresión del pecho, palpitaciones rápidas, angina de pecho, enfermedad de chagas, anemia, enfermedad cerebro vascular, derrame, isquemia cerebral (trombosis o embolia) u otras enfermedades del aparato circulatorio?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
10 Afección en los riñones, vejiga, uretra, próstata, infección urinaria, ¿orina con sangre, azúcar, arenillas, pus? Cálculos renales?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
11 Enfermedades infectocontagiosas, hepatitis, meningitis, herpes, fiebres tifoideas, malaria, difteria, toxoplasmosis?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
12 Infección por VIH o SIDA, u otras de Transmisión Sexual; gonorrea, chancro, sífilis u otras?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
13 Cáncer, quistes, tumores, enfermedades en la sangre, transfusiones de sangre, hernias, parálisis, deformidad o mutilación de algún miembro?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
<b>II Ha estado hospitalizado por enfermedad o accidente?</b>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
1 Ha sido intervenido quirúrgicamente? De qué?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
2 Ha estado hospitalizado? Por qué?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
<b>III Para personas del sexo femenino</b>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
1 ¿Está Embarazada? ¿De cuantos meses?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
2 Padece de alguna enfermedad ginecológica o de los senos?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
3 Indique la fecha de su última citología:	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
<b>IV Su capacidad de trabajo se ha reducido? ¿Porque?:</b>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
<b>V Ha tenido alguna alteración de salud, ha consultado a un médico para tratamiento de alguna enfermedad o condición médica no mencionada anteriormente?</b>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Para cada respuesta contestada "Si", favor detalle la enfermedad o accidente del paciente	Nombre/Dirección/Teléfono del Medico Tratante	Fecha y duración del tratamiento

**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 Honduras, S.A. Información sobre mi salud o la de mis dependientes económicos, incluyendo copia de historial clínico, relevándolos 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

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 gustaría escucharlas y atenderlas. Puede comunicarse al Correo Electrónico [servicioalclientehn@assanet.com](mailto: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.**  
**Texto modificado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No.1/03-01-2023**