Seguro Colectivo de Vida
Solicitud de inscripción (asegurado)

De acuerdo a las Condiciones Generales y Condiciones Particulares contempladas en la Póliza de Seguro Colectivo de Vida 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:

	Uso de la Compañía	
Cobertura de Seguro Solicitada	**No. De Póliza**	**No. De Certificado**
Seguro Colectivo de Vida:		

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 vida 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**	**Estado Civil**
	Día____ Mes____Año _____		M ☐ F ☐	S ☐ C ☐ UL ☐ V ☐

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 ☐ 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:

Beneficiarios Primarios del Seguro de Vida

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.

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.

	Conteste **Si** o **No**	Detalle nombre del paciente
I Ha estado hospitalizado por enfermedad o accidente?	Si ☐ No ☐	
1 Ha sido intervenido quirúrgicamente? De qué?	Si ☐ No ☐	
2 Ha estado hospitalizado? Por qué?	Si ☐ No ☐	
II Para personas del sexo femenino	Si ☐ No ☐	
1 ¿Está Embarazada? ¿De cuantos meses?	Si ☐ No ☐	
2 Padece de alguna enfermedad ginecológica o de los senos?	Si ☐ No ☐	
III Su capacidad de trabajo se ha reducido? ¿Porque?:	Si ☐ No ☐	
IV Ha tenido alguna alteración de salud, ha consultado a un médico para tratamiento de alguna enfermedad o condición médica?	Si ☐ No ☐	

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 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 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.