

## Solicitud de Seguro Unificado

## Seguros Colectivo de Gastos Médicos y Seguros Colectivo de Vida

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

				e la Compaî						
Cobertura de Seguro So	licitada	No.	De Póliza		No. D	e Certi	ficado			
Colectivo de Vida:	님									
Colectivo de Gastos Médicos:	<u> </u>							j		
	DATOS P	ROPORCION	ADOS POF	EL CONT	RAT	ANTE				
Nombre del Empleado:							No. De	empleado	o:	
Cargo que desempeña:							Fecha d	e Contra	tación:	
Nombre del Contratante:								<i></i>		
Empresa Afiliada:		1 .			_		. —			
Categoría del Empleado:		Salari	o mensual:	Lps	. Ш	US	\$			
Suma Asegurada Lps. US\$						_				
Seguro de Vida Opcional: Sí	No Suma Opci	Olidi.								
Fecha:dedel								-		_
			Firma Autor	zada por el	Contr	atante			Sel	lo
		DATOS	DEL ASEGU	JRADO						
Primer Apellido	Se	gundo Apellido			Prime	r Nomb	re		Segundo N	ombre
No. de identificación:					ntidad		Carnet	Residenci		aporte
Lugar de Nacimiento		na de Nacimiento		Edad	-	Género	<b>-</b>		Estado Civ	
Discoult de social de sign	Día Mes_	Año			М	F [		с	UL	v
Dirección de residencia:		Duefe	.i.k							
Nacionalidad: Teléfono:	Celular:	Profe	sión u oficio:	Email:						
Empresas donde labora:	Celulal.			LIIIaii.						
Posición o cargo que desempeña:							Fecha d	e Emplec	<u>'</u>	/
Estatura en metros:	Peso en libras:		Fuma:	Sí	No	П			os al día:	
¿Ingiere bebidas alcohólicas?:	Sí No	¿Cada cuánto		Diario	_	Semana		Mensua		n·
Información de Otros Seguros	Tiene Otros Seguro		Compañía	Sí	=	No		otra Com		No $\square$
Detalle tipo de Seguros: Vid			AP		mpañ	ía:			_	
AUTORIZ	ACIÓN DE PAGO DE	RECLAMACION	ES -DEPÓSIT	O A CUENTA	A (GAS	STOS M	ÉDICOS)			
Nombre del Titular de la cuenta:										
Banco:		Tipo	de Cuenta:	Ahorro		Cheque	s	Moneda	a: Lps.	US\$
No. De Cuenta:										
no. De edenta.										
* Email:	ación del reembolso de	su roclamos				Eir	ma Autori	ando Don	osito a cuenta	
Tara recibir notifica		RIOS PRIMAR	IOS EN CA	SO DE EAL	LECI			апоо вер	osito a cuenta	
N.		(IOST MINIAM	IOS LIV CA					Caaba da N	la almianta	Danaantaia
IN	ombre completo				Parent	iesco		recha de r	lacimiento	Porcentaje
		BENEFICIARIO	OS DE CON	ITINGENC	IΔ					
En caso de fallecimiento de él o los bene						ncia a:				
		ignados, nombro	como benen	т -				b d- N	la alunia unha	Dausantais.
N.	ombre completo				Parent	tesco		recna de r	lacimiento	Porcentaje
Nota: La cobertura del seguro cubrirá en	primer término la ol	oligación laboral	que la Empre	sa Contratan	te deb	a asum	ir según l	o indicado	en las condic	iones particulares
de la póliza y el Código de Trabajo. De exi	istir remanente la sum	a asegurada deb	erá ser entreg	gada a los be	neficia	rios pre	viamente	indicados	5.	•
COBERTURA PARA DEPENDIEN	TES ECONÓMICO	S (Cónyuge e	Hijos) G	ASTOS MÉ	DICC	s 🗀	Р	LAN DE	NTAL	
Por este medio, solicito las coberturas arı	riba indicadas para los	dependientes ed	conómicos de	tallados a co	ntinua	ción.				
Nombre completo		Parentesco	Fecha de N		_	de Docu	mento Na		Peso (lbs)	Estatura (mts)
·						Ide	ntificaciór	1	` '	` ,
					-					
					1					
	+				$\vdash$					
	CONDICIÓN D	E SALUD DEL	ASEGURA	DO Y SUS	DEP	ENDIE	NTES			
Para validar su solicitud, deberá contestar		untas indicadas er	n el cuestiona	io de salud (d	contest	te Sí o N	lo, con su	puño y let	ra). Para cada	respuesta positiva,
deberá detallar el nombre del paciente en la		do alguna de le	onformed-	dos o altarra	ció	Co	teste	1		
Ha padecido o padece usted, su c de la salud detallada a continuaci		ue aiguna de la:	s entermeda	ues o aitera	cion		iteste o <b>No</b>	Det	alle nombre	del paciente
¿Enfermedades de los nulmones, asma		nfisema pulmonar	, neumonía, t	uberculosis u	otras					
1 enfermedades del aparato respiratorio						Sí 📙	No 📙			
¿Dolores de Cabeza, migrañas, insor			epresiones ne	erviosas, neu	rosis,	Sí 🔲	No 🗌			
epilepsia, convulsiones, u otras enferm	ieuaues dei sistema nei	1 V1USU (								
¿Trastornos del estómago, esófago, in refluios cólicos henáticos enfermedad					ngre,	Sí 🔲	No			

_	! Alkanasión a aforsión de las sina cataratas alcusarsa infl	lamasianas?		C D N-C		
4 ¿Alteración o afección de los ojos; cataratas, glaucoma, inflamaciones?  5 ¿Enfermedades de los oídos, síndrome de meniere, supuraciones, zumbido en los oídos?				Sí No		
			Sí No			
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?				Sí □ No□		
7 ¿Enfermedades de la piel, psoriasis, vitíligo?			Sí No			
8 ¿Enfermedades o malformación congénita, inflamación en ganglios linfáticos, alteración de la tiroides; bocio, hipotiroidismo, hipertiroidismo, inflamación de la tiroides, nódulos?				Sí No		
¿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?				Sí No	1	
the discrete service of the service			Sí No	1		
¿Enfermedades infectocontagiosas, hepatitis, meningitis, herpes, fiebres tifoideas, malaria, difteria,			Sí No			
toxoplasmosis?  12 ¿Infección por VIH o SIDA, u otras de Transmisión Sexual; gonorrea, chancro, sífilis u otras?			Sí No			
12 ¿Cáncer, quistes, tumores, enfermedades en la sangre, transfusiones de sangre, hernias, parálisis, deformidad o mutilación de algún miembro?				Sí No		
=	¿Ha estado hospitalizado por enfermedad o accide	nte?		Sí No		
	¿Ha sido intervenido quirúrgicamente? De qué?			Sí No		
_				Sí No		
2 ¿Ha estado hospitalizado? Por qué?				Sí No		
III Para personas del sexo femenino  1 ¿Está Embarazada? ¿De cuantos meses?				Sí No		
	¿Padece de alguna enfermedad ginecológica o de los senos	3?		Sí No		
-	Indique la fecha de su última citología:	<u> </u>		Sí No		
_	¿Su capacidad de trabajo se ha reducido? ¿Por qué	?:		Sí No		
	¿Ha tenido alguna alteración de salud, ha consult		o de alguna			
>	enfermedad o condición médica no mencionada an	· ·	ŭ	Sí No		
	Nombre del Paciente	Enfermedad y/o Tratamiento	-	Dirección/Teléf edico Tratante	ono del	Fecha de inicio/duración del tratamiento
	Nombre del Paciente	Enfermedad y/o Tratamiento	-	-	ono del	-
	Nombre del Paciente	Enfermedad y/o Tratamiento	-	-	ono del	-
	Nombre del Paciente	Enfermedad y/o Tratamiento	-	-	ono del	-
	Nombre del Paciente	Enfermedad y/o Tratamiento	-	-	ono del	-
	Nombre del Paciente	Enfermedad y/o Tratamiento	-	-	ono del	-
aqu forr omi adio	PORTANTE (FAVOR LEER ANTES DE FIRMAR): de cor i consignados son verdaderos y exactos, y que no l nan parte de la Solicitud del Seguro. Solicitud que si sión, inexactitud o falsedad en las declaraciones an cionales así como de emitir o no la cobertura solicitad	oformidad a los artículos 1141 y 11 na omitido, desvirtuado, ni oculta irve de base para la emisión de la oteriormente dadas, el firmante ad	.43 del Códig do anteceder cobertura d cepta que la	o de Comercio, ntes médicos y el seguro, la cu Compañía se re	el abajo fi conviene al será nul eserva el d	rmante declara que los datos que las respuestas anteriores a y quedará sin efecto si hay lerecho de solicitar requisitos
forr omi adio <b>AU</b> T Seg lega	ORTANTE (FAVOR LEER ANTES DE FIRMAR): de cor í consignados son verdaderos y exactos, y que no h nan parte de la Solicitud del Seguro. Solicitud que si sión, inexactitud o falsedad en las declaraciones an	oformidad a los artículos 1141 y 11 na omitido, desvirtuado, ni oculta irve de base para la emisión de la eteriormente dadas, el firmante ad da. nutorizo a los médicos, laboratorio ependientes económicos, incluyer	A3 del Códig do anteceder cobertura d cepta que la s, clínicas y la	o de Comercio, ntes médicos y el seguro, la cu Compañía se ro nospitales, para historial clínico	el abajo fi conviene al será nul eserva el d que propo , relevánd	rmante declara que los datos que las respuestas anteriores a y quedará sin efecto si hay lerecho de solicitar requisitos pricionen a ASSA Compañía de olos de cualquier prohibición
aqu forr omi adid <b>AU</b> T Seg lega	PORTANTE (FAVOR LEER ANTES DE FIRMAR): de cor i consignados son verdaderos y exactos, y que no h nan parte de la Solicitud del Seguro. Solicitud que si sión, inexactitud o falsedad en las declaraciones an cionales así como de emitir o no la cobertura solicitad rorizacción. Yo, el abajo firmante, por este medio a uros S.A. Información sobre mi salud o la de mis d al con relación a la revelación de datos de sus registr da como la original	oformidad a los artículos 1141 y 11 na omitido, desvirtuado, ni oculta irve de base para la emisión de la eteriormente dadas, el firmante ad da. nutorizo a los médicos, laboratorio ependientes económicos, incluyer	A3 del Códig do anteceder cobertura d cepta que la s, clínicas y la	o de Comercio, ntes médicos y el seguro, la cu Compañía se ro nospitales, para historial clínico a de esta autori	el abajo fi conviene al será nul eserva el d que propo , relevánd zación, del	rmante declara que los datos que las respuestas anteriores a y quedará sin efecto si hay lerecho de solicitar requisitos pricionen a ASSA Compañía de olos de cualquier prohibición
forr omi adio <b>AU</b> T Seg lega	PORTANTE (FAVOR LEER ANTES DE FIRMAR): de cor i consignados son verdaderos y exactos, y que no le nan parte de la Solicitud del Seguro. Solicitud que si sión, inexactitud o falsedad en las declaraciones an cionales así como de emitir o no la cobertura solicitado TORIZACIÓN. Yo, el abajo firmante, por este medio a uros S.A. Información sobre mi salud o la de mis de ul con relación a la revelación de datos de sus registr	oformidad a los artículos 1141 y 11 na omitido, desvirtuado, ni oculta irve de base para la emisión de la eteriormente dadas, el firmante ad da. nutorizo a los médicos, laboratorio ependientes económicos, incluyer	A3 del Códig do anteceder cobertura d cepta que la s, clínicas y la	o de Comercio, ntes médicos y el seguro, la cu Compañía se ro nospitales, para historial clínico a de esta autori	el abajo fi conviene al será nul eserva el d que propo , relevánd zación, del	tratamiento  rmante declara que los datos que las respuestas anteriores a y quedará sin efecto si hay lerecho de solicitar requisitos pricionen a ASSA Compañía de olos de cualquier prohibición de considerarse tan efectiva y
forr omi adio <b>AU</b> T Seg lega	PORTANTE (FAVOR LEER ANTES DE FIRMAR): de cor if consignados son verdaderos y exactos, y que no le nan parte de la Solicitud del Seguro. Solicitud que si sión, inexactitud o falsedad en las declaraciones an cionales así como de emitir o no la cobertura solicitad rorizacción. Yo, el abajo firmante, por este medio a uros S.A. Información sobre mi salud o la de mis d al con relación a la revelación de datos de sus registr da como la original	oformidad a los artículos 1141 y 11 na omitido, desvirtuado, ni oculta irve de base para la emisión de la eteriormente dadas, el firmante ad da. nutorizo a los médicos, laboratorio ependientes económicos, incluyer	.43 del Códig do anteceder cobertura d cepta que la s, clínicas y l ndo copia de bia fotostática	o de Comercio, ntes médicos y el seguro, la cu Compañía se ro nospitales, para historial clínico a de esta autori	el abajo fi conviene al será nul eserva el d que propo , relevánd zación, del	tratamiento  rmante declara que los datos que las respuestas anteriores a y quedará sin efecto si hay lerecho de solicitar requisitos pricionen a ASSA Compañía de olos de cualquier prohibición de considerarse tan efectiva y
forr omi adio <b>AU</b> T Seg lega	PORTANTE (FAVOR LEER ANTES DE FIRMAR): de cor if consignados son verdaderos y exactos, y que no le nan parte de la Solicitud del Seguro. Solicitud que si sión, inexactitud o falsedad en las declaraciones an cionales así como de emitir o no la cobertura solicitad rorizacción. Yo, el abajo firmante, por este medio a uros S.A. Información sobre mi salud o la de mis d al con relación a la revelación de datos de sus registr da como la original	oformidad a los artículos 1141 y 11 na omitido, desvirtuado, ni oculta irve de base para la emisión de la steriormente dadas, el firmante ad da. autorizo a los médicos, laboratorio ependientes económicos, incluyer ros. Queda entendido que una cop	.43 del Códig do anteceder cobertura d cepta que la s, clínicas y l ndo copia de bia fotostática	o de Comercio, ntes médicos y el seguro, la cu Compañía se ro nospitales, para historial clínico a de esta autori	el abajo fi conviene al será nul eserva el d que propo , relevánd zación, del	tratamiento  rmante declara que los datos que las respuestas anteriores a y quedará sin efecto si hay lerecho de solicitar requisitos pricionen a ASSA Compañía de olos de cualquier prohibición de considerarse tan efectiva y
forr omi adio <b>AU</b> T Seg lega	PORTANTE (FAVOR LEER ANTES DE FIRMAR): de cor if consignados son verdaderos y exactos, y que no le nan parte de la Solicitud del Seguro. Solicitud que si sión, inexactitud o falsedad en las declaraciones an cionales así como de emitir o no la cobertura solicitad rorizacción. Yo, el abajo firmante, por este medio a uros S.A. Información sobre mi salud o la de mis d al con relación a la revelación de datos de sus registr da como la original	oformidad a los artículos 1141 y 11 na omitido, desvirtuado, ni oculta irve de base para la emisión de la steriormente dadas, el firmante ad da. autorizo a los médicos, laboratorio ependientes económicos, incluyer ros. Queda entendido que una cop	.43 del Códig do anteceder cobertura d cepta que la s, clínicas y l ndo copia de bia fotostática	o de Comercio, ntes médicos y el seguro, la cu Compañía se ro nospitales, para historial clínico a de esta autori	el abajo fi conviene al será nul eserva el d que propo , relevánd zación, del	tratamiento  rmante declara que los datos que las respuestas anteriores a y quedará sin efecto si hay lerecho de solicitar requisitos pricionen a ASSA Compañía de olos de cualquier prohibición de considerarse tan efectiva y
forr omi adio <b>AU</b> T Seg lega	PORTANTE (FAVOR LEER ANTES DE FIRMAR): de cor if consignados son verdaderos y exactos, y que no le nan parte de la Solicitud del Seguro. Solicitud que si sión, inexactitud o falsedad en las declaraciones an cionales así como de emitir o no la cobertura solicitad rorizacción. Yo, el abajo firmante, por este medio a uros S.A. Información sobre mi salud o la de mis d al con relación a la revelación de datos de sus registr da como la original	oformidad a los artículos 1141 y 11 na omitido, desvirtuado, ni oculta irve de base para la emisión de la steriormente dadas, el firmante ad da. autorizo a los médicos, laboratorio ependientes económicos, incluyer ros. Queda entendido que una cop	.43 del Códig do anteceder cobertura d cepta que la s, clínicas y l ndo copia de bia fotostática	o de Comercio, ntes médicos y el seguro, la cu Compañía se ro nospitales, para historial clínico a de esta autori	el abajo fi conviene al será nul eserva el d que propo , relevánd zación, del	tratamiento  rmante declara que los datos que las respuestas anteriores a y quedará sin efecto si hay lerecho de solicitar requisitos pricionen a ASSA Compañía de olos de cualquier prohibición de considerarse tan efectiva y

¿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.