

Duración del seguro: Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_ Agente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## 1. Persona Natural o Representante Legal del Contratante

1er.Apellido: \_\_\_\_\_ 2do.Apellido: \_\_\_\_\_ Apellido de casada: \_\_\_\_\_

1er.Nombre: \_\_\_\_\_ 2do.Nombre: \_\_\_\_\_ Sexo: F M

Tipo de Identificación: Tarjeta de identidad Pasaporte Vigente Carnet de Residente N°Ident.: \_\_\_\_\_

Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: Día: \_\_\_\_\_ Mes: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Otras nacionalidades: \_\_\_\_\_

Dirección de Residencia completa: \_\_\_\_\_

Bo. o Colonia	Calle	Ave.	Bloque	Zona/Circuito
N° Casa/Lote	Referencia	Ciudad	Municipio	Departamento

Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Profesión: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_ Oficio o actividad económica: \_\_\_\_\_

Origen de los recursos: \_\_\_\_\_ ¿Actúa usted en nombre o representación de otra persona? Sí No

Nombre completo e identidad de la persona de quien depende económicamente o del tutor o representante legal (si aplica): \_\_\_\_\_

Nombre y giro del negocio (si aplica): \_\_\_\_\_

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Bo. o Colonia	Calle	Ave.	Bloque	Zona/Circuito
N° Casa/Lote	Referencia	Ciudad	Municipio	Departamento

Tiempo de elaborar en la empresa: \_\_\_\_\_ Posición o cargo que desempeña: \_\_\_\_\_

Estado civil: Soltero Casado Viudo UL Nombre completo del cónyuge o pareja (si aplica): \_\_\_\_\_

Nivel aproximado de ingreso según el salario mínimo mensual vigente (SMMV): De 0-3 De 4-6 De 7-10 De 11-20 De 21-50 De 50 en adelante

Cargo público desempeñado en los últimos cuatro años e institución (si aplica): \_\_\_\_\_

## 2. Persona Jurídica

Denominación y Razón Social: \_\_\_\_\_ N° de R.T.N. : \_\_\_\_\_

Objeto social y/o actividad económica: \_\_\_\_\_ Fecha de constitución: \_\_\_\_\_

Dirección de la oficina principal: \_\_\_\_\_

N° Tel.: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Sitio web: \_\_\_\_\_

Departamentos y/o países donde opera: \_\_\_\_\_

Especificar la procedencia de los fondos: \_\_\_\_\_

Monto aproximado del total de activos y ventas o ingresos anuales: \_\_\_\_\_

Lista de al menos dos proveedores principales: \_\_\_\_\_

Lista de al menos dos referencias bancarias o comerciales: \_\_\_\_\_

## 3. Suscripción de Pólizas Especiales

Se determinarán que son Pólizas Especiales aquellas en las cuales los contratantes tomadores de seguros de éstas sean:

- |                           |   |                               |
|---------------------------|---|-------------------------------|
| Comerciantes individuales | Negocios que son propiedad de una persona | Asociaciones                  |
| Clubes                    | Patronatos                                | Iglesias                      |
|                           |   | Asociación sin fines de lucro |

**4. Beneficiario (s) (Escribir nombres completos en letra molde)**

N°	Nombre Completo	N° de identificación	Dirección	Parentesco	Edad	% Porcentaje
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						

**En defecto de todos los anteriores**

N°	Nombre Completo	N° de identificación	Dirección	Parentesco	Edad	% Porcentaje
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						

**5. Datos del Viaje**

Coberturas	Limite de responsabilidad	Prima
Indemnización por Pérdida Accidental de la Vida (Parte 1)		
Indemnización por Pérdida de Extremidades (Parte 11)		
Indemnización por Incapacidad Total Permanente por Accidente (Parte 111)		
Indemnización Semanal por Accidente, Período Máximo de Indemnización hasta 52 Semanas Indemnización		
Diaría, durante Hospitalización. Período Deducible:		
Reembolso de Gastos Médicos por Accidente. Deducible:		
Gastos Funerarios por Accidente		
Transporte Aéreo Comercial		
Arma de Fuego y/o Corto punzante (Homicidio y/o Asalto)		
<b>COBERTURAS ADICIONALES</b>		
Terrorismo		
Vuelos no Regulares		
Deportes Extremos		
Sismo		
Motines y Tumultos		
<b>Total</b>		

**6. Otros seguros con esta u otras aseguradoras ahora en vigor o solicitado:**

Compañía Aseguradora	Tipo de seguro	Suma asegurada	Vigente	No Vigente

7. ¿Ha presentado Usted alguna vez solicitud de seguro de accidente, enfermedad, incapacidad, hospitalización o vida y cuya solicitud haya sido rechazada, pospuesta o retirada? o ¿Ha tenido usted algún seguro de ese tipo que haya sido modificado o que haya tenido aumento en tasa de prima o haya sido cancelado o cuya renovación haya sido denegada?

(Especifique clases de seguros, Compañías, fechas, razones)

8. ¿Representa el total de indemnización por incapacidad bajo todas las pólizas que usted tiene en vigor, y/o que esté solicitado, menos del 75% de sus ingresos promedios?

9. **A** su leal saber y entender ¿ha sufrido usted alguna vez de presión arterial anormal, úlceras, tuberculosis, hernia, diabetes, sífilis, parálisis, artritis, reumatismo, cualquier trastorno o enfermedad de los sistemas mental, nervioso, génito-urinario o digestivo, espalda, espina dorsal o corazón? (En caso afirmativo, dar detalles completos sobre la naturaleza, fecha período de incapacidad, nombre del doctor que lo atendió y resultado eventual del tratamiento).

10. ¿Ha estado usted bajo observación o recibido plan o tratamiento médico o quirúrgico o ha ingresado en algún hospital durante los cinco años? (En caso afirmativo dé detalles completos sobre fechas, enfermedad, duración y resultado eventual del tratamiento).

11. ¿Asu leal saber y entender se encuentra usted ahora en buena salud y libre de todo impedimento o deformidad física? (En caso negativo dar detalles completos)

12. ¿Cuántas horas vuela usted en avión al año como promedio, lo hace en aviones comerciales o aviones particulares?

13. ¿Tiene usted proyectado algún viaje fuera del país donde usted reside o se propone acometer alguna actividad azarosa? (En caso afirmativo dar detalles completos)

14. ¿Comprende usted y conviene en que el seguro aquí solicitado no entrará en vigor mientras no se emita la Póliza?

15. ¿Ha estado asegurado anteriormente en esta Compañía, bajo que riesgo?

16. ¿Usted está solicitando este seguro en su nombre o en nombre de otra persona?

## Formato de Pago

Estimado Asegurado:

Favor seleccionar la forma de pago de su seguro

Efectivo

Débito automático\*\*

Tarjeta de crédito/débito\*\*\*

Cheque\*

Depósito a cuenta\*\*\*\*

Transferencia bancaria\*\*\*\*\*

\* Emitir cheque a favor de ASSA Compañía de Seguros

\*\* Solicite el formulario de autorización de débito automático en nuestras oficinas o al correo cobroshn@assanet.com

\*\*\* Se aceptan todas las tarjetas

\*\*\*\* Cuentas disponibles en bancos ATLANTIDA, BAC y DAVIVIENDA

## Condiciones Generales

- 1. CONTRATO TOTAL-CAMBIOS EN LA PÓLIZA.** Esta póliza incluye los endosos y documentos adheridos, si los hubiere y contiene todo el contrato de seguro. Ninguna declaración hecha por el solicitante de un seguro no incluida bajo ésta póliza, anulará esta o será utilizada en acción legal bajo la misma. Ningún agente tiene autorización para modificar esta póliza o renunciar a ninguna de sus estipulaciones. Ninguna modificación de esta póliza tendrá validez si no es aprobada por la compañía y dicha aprobación es endosada a la presente.
- 2. REHABILITACIÓN DE LA PÓLIZA.** En caso de falta del pago de la prima convenida para esta póliza, la aceptación posterior de una prima por la compañía o por cualquiera de sus agentes debidamente autorizados rehabilitará la póliza, pero únicamente para amparar la pérdida resultante de lesiones por accidente sufridas después de la rehabilitación.
- 3. TERMINO PARA AVISO DE RECLAMACIÓN.** La notificación por escrito de una lesión por la cual se pueda formular la reclamación debe darse a la compañía dentro de los treinta (30) días siguientes de la fecha del accidente causante de la tal lesión. En caso de muerte debido a un accidente, debe notificarse el mismo a la compañía inmediatamente.
- 4. SUFICIENCIA DEL AVISO.** El aviso dado a la compañía por o a nombre del asegurado o del beneficiario, según el caso, o a cualquier agente autorizado de la compañía con datos suficientes para identificar al asegurado, será considerado como aviso dado a la compañía. La omisión del aviso dentro del término señalado en esta póliza no invalidará ninguna reclamación si se demuestra que no fue razonablemente posible.
- 5. FORMULARIOS PARA PRUEBA DE PERDIDA.** La compañía, al recibir dicho aviso, suministrará al reclamante los formularios que acostumbra utilizar para la presentación de la prueba de pérdida. Si dichos formularios no fueren suministrados dentro de los quince ( 15 ) días siguientes al recibo de dicho aviso, se considerará que el reclamante ha cumplido todos los requisitos de ésta póliza respecto a la prueba de pérdida, al presentar, dentro del término estipulado en la póliza para la presentación de la prueba de pérdida, prueba escrita de la ocurrencia, índole y alcance de la pérdida por la cual se formula la reclamación.
- 6. TERMINO PARA LA PRESENTACIÓN DE LA PRUEBA DE PERDIDA.** En caso se dé una reclamación por pérdida de tiempo debido a incapacidad, debe presentarse prueba fehaciente de la pérdida a la compañía dentro de los noventa ( 90 ) días siguientes a la terminación del periodo por el cual la compañía es responsable, y, en caso de reclamación por alguna otra pérdida, dentro de los ciento ochenta ( 180 ) días siguientes a la fecha de dicha pérdida.
- 7. EXAMEN MEDICO.** La compañía tendrá el derecho y la oportunidad de examinar a la persona del asegurado cuando lo crea necesario y tantas veces como lo estime conveniente, mientras se encuentre pendiente una reclamación bajo esta póliza, y también el derecho de efectuar una autopsia en caso de muerte, cuando no fuere prohibido por la ley.
- 8. PAGO INMEDIATO DE INDEMNIZACIONES.** Todas las indemnizaciones previstas en esta póliza por pérdida que no fuere la de tiempo debido a incapacidad, serán pagadas inmediatamente después de recibirse la prueba fehaciente.
- 9. INDEMNIZACIÓN SEMANAL PAGADERA A PLAZOS.** A solicitud del asegurado y sujeto a la prueba pertinente de pérdida, toda indemnización acumulada por pérdida de tiempo debida a incapacidad, será pagada al vencimiento de cada cuatro (4) semanas durante el decurso del término por el cual la compañía es responsable, y cualquier saldo pendiente de pago a la terminación de dicho periodo, será abonado inmediatamente al recibirse la prueba fehaciente.
- 10. A QUIENES SON PAGADERAS LAS INDEMNIZACIONES.** La indemnización por la pérdida de vida del asegurado es pagadera al beneficiario si sobrevive al asegurado; de lo contrario, el pago de dicha indemnización deberá engrosar el patrimonio hereditario o herencia yacente del asegurado. Todas las demás indemnizaciones son pagaderas al asegurado.
- 11. DERECHOS DE BENEFICIARIO.** No será necesario el consentimiento del beneficiario para hacer entrega a cesión de esta póliza o para cambiar al beneficiario o para cualesquier otra modificación a la póliza.
- 12. LIMITACIONES DEL TERMINO PARA ESTABLECER PLEITO.** No podrá entablarse acción legal para recibir indemnización alguna bajo esta póliza antes del vencimiento de los sesenta (60) días siguientes a la presentación de la prueba de pérdida de acuerdo con las estipulaciones de esta póliza, ni podrá entablarse dicha acción a no ser que se establezca dentro de los dos (2) años siguientes al vencimiento del término dentro del cual se exige la prueba de pérdida bajo esta póliza.
- 13. LIMITACIONES CONTROLADAS POR LA LEY.** Si cualquier limitación de esta póliza respecto al término para la presentación del aviso de reclamación o de la prueba de pérdida, es menor que la permitida por la ley, dicha limitación quedará ampliada automáticamente para concordar con el término mínimo permitido por dicha ley.
- 14. CAMBIO DE OCUPACIÓN.** Si el asegurado sufriese lesiones después de haber cambiado su ocupación a otra clasificada por la compañía como más azarosa que la mencionada en esta póliza o mientras se dedique en forma remunerada a cualquier actividad correspondiente a una ocupación clasificada como tal, la compañía pagará únicamente la parte de las indemnizaciones previstas en esta póliza que la prima pagada hubiera comprado a las tasas y dentro de los límites fijados por la compañía para dicha ocupación más azarosa.  
Si el asegurado cambiase su ocupación por otra clasificada por la compañía como menos azarosa que la señalada en esta póliza, la compañía, al recibo de la prueba de cambio de ocupación, reducirá la tasa de la prima de acuerdo con aquella y devolverá el exceso prorrateado de la prima no devengada desde la fecha del cambio de ocupación o desde la fecha del aniversario de la póliza inmediatamente precedente a recibo de dicha prueba, la que fuere más reciente. En la aplicación de esta disposición, la clasificación del riesgo ocupacional y tasa de la prima serán las mismas que estuvieron vigentes con anterioridad a la ocurrencia de la pérdida por la cual es responsable la compañía, o antes de la fecha de la prueba del cambio de ocupación.

15. **CANCELACIÓN.** La compañía podrá cancelar esta póliza en cualquier momento mediante aviso escrito dirigido al asegurado o enviado por correo a su última dirección conocida por la compañía, indicando la fecha en que dicha cancelación surtirá efecto. En caso de cancelación, la compañía devolverá con prontitud la parte prorrateada no devengada de cualquier prima que haya sido pagada por el asegurado. La cancelación tendrá lugar sin perjuicio de cualquier reclamación originada antes de la fecha de cancelación.

En el caso de que la póliza fuera cancelada por el asegurado, la prima devengada será calculada de acuerdo con la tabla de corto plazo utilizada por la compañía al momento de la cancelación.

16. **DEFINICIONES.** Donde quiera que la palabra "Compañía" sea utilizada en esta póliza se entenderá por la compañía que la expida y dondequiera que la palabra "asegurado" sea utilizada se entenderá por el solicitante nombrado en la copia de la solicitud. Dondequiera que se utilice la palabra "beneficiario" se entenderá por la persona nombrada como beneficiario en la partida 1 de las declaraciones de esta póliza o la persona que la hubiere sustituido como tal. Donde quiera que se utilice la palabra "lesiones", se entenderá por lesiones corporales recibidas en la forma descrita en la cláusula de seguro.

17. **TRASPASO O CESIÓN.** No será obligatorio para la compañía el acatamiento de ningún traspaso o cesión de interés bajo esta póliza salvo que se presente a su representante autorizado el original o un duplicado del documento oficial acreditativo de tal traspaso o cesión y no existiendo tal obligación hasta el momento de dicha presentación, pero la compañía no asume responsabilidad alguna por la validez legal de la cesión. Ningún cambio de beneficiario bajo esta póliza obligará a la compañía, a no ser que el consentimiento al mismo quede endosado en la póliza por un representante autorizado de la compañía. Ninguna estipulación de la escritura de constitución o estatutos de esta compañía será utilizada en defensa de ninguna reclamación que surja bajo esta póliza, excepto cuando dicha estipulación esté incorporada en su totalidad en esta póliza.

18. **CUMPLIMIENTO DE LAS ESTIPULACIONES DE LA POLIZA.** La falta de cumplimiento de las estipulaciones contenidas en esta póliza invalidará toda reclamación bajo la misma.

19. **RENOVACIÓN.** Esta póliza podrá ser renovada de término en término con el consentimiento de la compañía mediante el pago de la prima por anticipado a la tasa que la compañía tuviere en vigor al momento de las renovaciones.

Declaro(amos): (1) Que la información proporcionada es exacta, completa, correcta y verídica; (2) Que acepto que sea considerada como base para la emisión de la póliza de seguro solicitada y forma parte integral de la póliza; (3) Que la aseguradora queda por este medio autorizada, en el momento que estime conveniente, a investigar mis referencias en la Central de Riesgos de la Comisión Nacional de Bancos y Seguros o de cualquier fuente de información de datos de crédito; (4) Que en cumplimiento de la Resolución SS N<sup>o</sup>

1676/29-10-2012 emitida por la Comisión Nacional de Bancos y Seguros (CNBS), autorizo a la compañía de seguros a consultar información referente a reclamos presentados sobre las pólizas de seguros contratadas a mi favor en la Central de Información del Sector Asegurador (CISA), herramienta administrada por la Comisión Nacional de Bancos y Seguros (CNBS), en cualquier tiempo, mientras exista una relación contractual entre ambas partes.

Al proveer su información personal a ASSA a través de las solicitudes de seguro y al firmar abajo, usted da su consentimiento para la recolección y procesamiento (incluyendo la divulgación y transferencia internacional) de su información personal de acuerdo a lo establecido en la política de privacidad la cual está disponible en [www.assa.com](http://www.assa.com). Usted también puede solicitar una copia de dicha política a [honduras.sugerencias@assanet.com](mailto:honduras.sugerencias@assanet.com). En la medida que haya proporcionado (o proveerá) información personal a ASSA sobre cualquier otra persona, usted certifica mediante su firma que usted ha provisto información al individuo acerca del contenido de la política de privacidad y que usted está autorizado para divulgar su información personal a ASSA tal y como se está detallando en la política de privacidad.

Certifico que he leído y comprendido los términos y condiciones de cobertura de la póliza de seguro que estoy(amos) solicitando.

---

Firma del solicitante

Fecha

Firma Agente

### Para uso de la Compañía

Solicitud debidamente completada

Copia tarjeta de identidad

Firma del asegurado

Forma de pago \_\_\_\_\_

Copia escritura de constitución de la sociedad

Copia registro tributario nacional (persona/jurídica)

Copia poder del representante legal

¿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 comunicarnos al correo electrónico [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 con rapidez.

De acuerdo a la Resolución 1768/12-11-2012 de la Comisión Nacional de Bancos y Seguros, la División de Protección al Usuario Financiero podrá ayudarle a resolver las reclamaciones que tenga con cualquier institución supervisada, si transcurridos 10 días después de la presentación de la reclamación la misma no ha sido atendida.

**Esta institución financiera tiene Hojas de Reclamación de las Instituciones Supervisadas a disposición del usuario financiero que las solicite.**