

## SOLICITUD SEGURO DE OCUPANTES

AP-AP-1213-01

Duración del Seguro: Desde \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_

Agente \_\_\_\_\_ Fecha del día \_\_\_\_\_

### PERSONA NATURAL O REPRESENTANTE LEGAL DEL CONTRATANTE

1.- Primer Apellido \_\_\_\_\_ Segundo Apellido \_\_\_\_\_ Nombres \_\_\_\_\_ Apellido de Casada \_\_\_\_\_

Tipo de Identificación: Tarjeta de Identidad  Pasaporte vigente  Carnet de Residente  N° Ident. \_\_\_\_\_ Sexo: M  F

Lugar de Nacimiento \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Nacionalidad \_\_\_\_\_ Otras Nacionalidades \_\_\_\_\_

Dirección de Residencia completa \_\_\_\_\_  
Bo. o Colonia \_\_\_\_\_ Calle \_\_\_\_\_ Ave. \_\_\_\_\_ Bloque \_\_\_\_\_ Zona/Circuito \_\_\_\_\_

N° de Teléfono \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico personal \_\_\_\_\_  
N° Casa/lote \_\_\_\_\_ Referencia \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Municipio \_\_\_\_\_ Departamento \_\_\_\_\_

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

Origen de los Recursos \_\_\_\_\_ ¿Actúa usted en nombre o representación de otra persona? \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_ N° Tel. \_\_\_\_\_

Tiempo de laborar 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) \_\_\_\_\_

### PERSONA JURIDICA

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

Objeto social y/o actividad económica \_\_\_\_\_ Fecha de Constitución \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dirección de la oficina principal \_\_\_\_\_  
Bo. o Colonia \_\_\_\_\_ Calle \_\_\_\_\_ Ave. \_\_\_\_\_ Bloque \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Municipio \_\_\_\_\_ Departamento \_\_\_\_\_

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

### 3.- CARACTERÍSTICAS DEL VEHICULO

Año:	Marca:	Modelo:	Tipo de Carrocería:	Color:
N° de Serie:	N° de Motor:	N° Ocupantes	N° de Placa:	

Declare si tenia su Vehículo asegurado y con qué Compañía \_\_\_\_\_

Tiene el Solicitante algún impedimento Físico? \_\_\_\_\_ Ha sido acusado, convicto o citado por alguna colisión con algún vehículo en movimiento en los pasados 5 años?. Si es afirmativo, dar detalles \_\_\_\_\_

#### 4. SUSCRIPCIÓN DE PÓLIZAS ESPECIALES

Se determinarán que son Pólizas Especiales aquellas en las Cuales los Contratantes Tomadores de Seguros de éstas sean:

- |   |                          |                                 |                          |
|---|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|
| * Comerciantes Individuales                 | <input type="checkbox"/> | * Clubes                        | <input type="checkbox"/> |
| * Negocios que son Propiedad de una Persona | <input type="checkbox"/> | * Patronatos                    | <input type="checkbox"/> |
| * Asociaciones                              | <input type="checkbox"/> | * Iglesias                      | <input type="checkbox"/> |
|   |                          | * Asociación sin Fines de Lucro | <input type="checkbox"/> |

#### 5.- BENEFICIARIOS (DAR NOMBRES COMPLETOS EN LETRA DE MOLDE)

Nº	NOMBRE COMPLETO	Nº DE IDENTIFICACION	DIRECCION	PARENTESCO	EDAD	PORCENTAJE %
1.-						
2.-						
3.-						
4.-						
5.-						
6.-						
7.-						

#### 6.- OTROS SEGUROS CON ÉSTA U OTRAS ASEGURADORAS AHORA EN VIGOR O SOLICITADOS:

COMPAÑIA ASEGURADORA	TIPO DE SEGURO	SUMA ASEGURADA	VIGENTE	NO VIGENTE

Comprende y Conviene usted que el Seguro aquí Solicitado no entrará en Vigor mientras no se emita Póliza? \_\_\_\_\_

**BENEFICIOS:**

**SUMA PRINCIPAL:**

**MUERTE ACCIDENTAL:**

La Compañía pagará la indemnización cuando la lesión corporal cause la muerte del Asegurado dentro de los Ciento ochenta (180) días siguientes a la fecha del accidente.

**DESMEMBRAMIENTO:**

Cuando la lesión corporal no cause la muerte del Asegurado dentro de los ciento ochenta (180) días de ocurrido el accidente pero cause cualquiera de las pérdidas descritas en la tabla de beneficios de la Compañía.

**INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE POR ACCIDENTE:**

Cuando la lesión corporal no cause la muerte del Asegurado pero cause otra pérdida dentro de los ciento ochenta (180) días de ocurrido el accidente y siempre que dicha incapacidad sea total, continua y permanente, la Compañía pagará al Asegurado el porcentaje indicado de la suma principal.

**REEMBOLSO DE GASTOS MEDICOS POR ACCIDENTE:**

Paga el costo real (hasta la suma elegida) de tratamiento médico o quirúrgico, incluyendo enfermeras y hospitalización, siempre que dichos gastos sean incurridos dentro de las 52 semanas siguientes al accidente y a consecuencia del mismo.

**EXCLUSIONES:**

Este seguro no cubre pérdidas o gastos resultantes de Accidentes que directa o indirectamente sean consecuencia de actos de guerra, servicio militar, atletismo profesional o competencias deportivas profesionales o semi-profesionales, embarazo o aborto, enfermedad, suicidio, tentativa de suicidio o hernia. Así como cuando el Vehículo Asegurado sea manejado por menores de 21 años o personas en estado de embriaguez o bajos los efectos de Drogas.

**NOTA:** Además de las exclusiones ante detalladas, se consideran todas las aprobadas por la Comisión Nacional de Bancos y Seguros.

**FORMA DE PAGO**

Estimado Asegurado:

Favor seleccionar la forma de pago de su seguro

Efectivo  Débito automático\*\*  Tarjeta de crédito/debito\*\*\*

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

Fecha y Firma del Solicitante

Firma Agente

Firma del Suscriptor

Fecha

Fecha

## 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 esta 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 esta 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 de 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 período 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 período, 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 sufre 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 prorata 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 prorata 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.

## PARA USO DE LA COMPAÑÍA

- SOLICITUD DEBIDAMENTE LLENA
- COPIA TARJETA DE IDENTIDAD
- FIRMA DEL ASEGURADO
- FORMA DE PAGO \_\_\_\_\_
- COPIA ESCRITURA DE CONSTITUCION 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 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.**