

SOLICITUD DE SEGURO (Para ser completada por el futuro asegurado)

1. DATOS DEL SOLICITANTE (Contratante)											
Si la póliza debe emitirse a nombre de una Empresa, llenar a continuación con datos del Representante Legal, y completar el numeral 1.1 (Datos del Contratante) de donde se tomarán los datos para la emisión de la póliza. Si la póliza debe emitirse a nombre de una Persona Individual, omitir el numeral 1.1											
Nombre Completo Persona Individual y/o Representante Legal											
Dirección completa:											
Dirección de cobro y correspondencia:											
NIT:		Lugar y Fecha de Nacimiento:				Edad:					
Nacionalidad:		Otra Nacionalidad:		Peso (en libras):		Estatura:		Sexo:			
Estado Civil		Ocupación (detallar)									
Número Telefónico línea fija:			Número de Celular:			Fax:		E-mail:			
Tipo de Documento de Identificación:		DPI (CUI)		Pasaporte		Número:		Lugar de Emisión:			
El solicitante actúa en nombre propio SI NO											
El solicitante es Persona Expuesta Políticamente (PEP)*1/, familiar o asociado cercano de alguno SI NO											
*1/PEP: Quien desempeñe o haya desempeñado un cargo público relevante en Guatemala u otro país, dirigentes de partidos políticos nacionales o de otro país, o que ostente un cargo prominente en un Organismo Internacional											
En caso afirmativo, especifique el nombre de la persona, cargo y entidad:											
1.1 DATOS DEL CONTRATANTE JURÍDICO (Si debe emitirse a nombre de una empresa)											
Nombre de la Entidad Contratante:											
Dirección:											
Dirección de cobro:											
Número Telefónico línea fija:		Número de Celular:			Fax		NIT:				
E-mail		País y Fecha de Constitución:									
Actividad económica:											
2. DATOS DEL ASEGURADO / VIAJERO (Llenar únicamente si es diferente al Contratante)											
Nombre completo de la persona a asegurarse (Viajero):											
Lugar y Fecha de Nacimiento:		Nacionalidad:		E-mail:							
Peso (en libras):		Sexo:		Edad:		Estatura:					
Tipo de Documento de Identificación:		DPI (CUI)		Pasaporte		Número:		Lugar de Emisión:			
Nombre contacto de emergencia:				Teléfonos:		E-mail:					
El Asegurado actúa en nombre propio SI NO											
El Asegurado es Persona Expuesta Políticamente (PEP)*1/, familiar o asociado cercano de alguno SI NO											
*1/PEP: Quien desempeñe o haya desempeñado un cargo público relevante en Guatemala u otro país, dirigentes de partidos políticos nacionales o de otro país, o que ostente un cargo prominente en un Organismo Internacional											
En caso afirmativo, especifique nombre de la persona, cargo y entidad:											
3. DECLARACIONES DEL ASEGURADO											
A su leal saber y entender ¿Ha sufrido alguna vez de presión arterial, úlcera, tuberculosis, hernia, diabetes, cáncer, sífilis, parálisis, artritis, reumatismo, cualquier trastorno o enfermedad del sistema nervioso, mental, genitourinario o digestivo, espalda, espina dorsal o corazón? SI NO											
En caso afirmativo detállelos (indique enfermedad y año de padecimiento, medicamentos prescritos)											
Declaro que me encuentro en buen estado de salud, no tengo necesidad de ningún tratamiento médico por el momento, y que no he estado incapacitado para ejercer mis labores más de 5 días en los últimos 5 años: SI NO En caso afirmativo especifique:											
Ha aplicado a alguna póliza para cobertura de Vida, Accidentes, Incapacidad, y/o cobertura Médica y la misma le fue denegada o aceptada bajo condiciones especiales, tales como extra prima o exclusiones específicas dentro los últimos 5 años? SI NO En caso afirmativo, especifique:											
4. BENEFICIARIOS											
NOMBRES Y APELLIDOS (COMPLETOS)			PARENTESCO			LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO			PORCENTAJE (Suma del 100%)		
5. COBERTURAS / DATOS DEL VIAJE											
Plan a contratar:											
SILVER		GOLD		PLATINUM		ES TU SEGURO		DOMÉSTICO		TRAVELER	
CORPORATIVO DÍAS		CORPORATIVO ANUAL		CORPORATIVO ANUAL		CORPORATIVO ANUAL		CORPORATIVO ANUAL		CORPORATIVO ANUAL	
Prima (Incluyendo Gastos de Emisión e IVA)											
Fecha de Salida:		Fecha de Retorno:		Destino de Viaje		Motivo de Viaje:					
El seguro no cubre ninguna pérdida, lesión, daño, responsabilidad civil, beneficio o servicio que se genere directa o indirectamente por un viaje a, en o a través de Afganistán, Cuba, República Democrática del Congo, Irán, Irak, Liberia, Corea del Norte, Sudan o Siria.											
6. DATOS DE FACTURACIÓN											
Factura a Nombre de:						NIT:					
Dirección Fiscal						DPI(CUI):					

7. FORMA DE PAGO

MONEDA	Dólares	Quetzales			
Forma de pago	Tarjeta de Crédito	Efectivo	Cheque	Depósito	Transferencia
Si su pago es con Tarjeta de Crédito completar la siguiente autorización de débito y/o crédito					
VISA	MASTER CARD		AMERICAN EXPRESS		DINNERS CLUB
Número de Tarjeta de Crédito / Débito:			Banco Emisor:		
Fecha de Vencimiento:	/				
	Mes	Año			
Nombre completo del tarjetahabiente:					

TÉRMINOS Y CONDICIONES.

Por medio del presente documento, autorizo a ASSA Compañía de Seguros, S.A. a cargar las primas de mi seguro de acuerdo a las fechas y montos indicados en mi póliza y avisos de cobro emitidos. Entiendo y acuerdo que, con esta autorización, se continuarán cobrando las primas futuras hasta que la Aseguradora sea notificada de mi parte y por escrito, de la cancelación de esta autorización. Dicha cancelación entrará en efecto inmediatamente después de la confirmación de recepción por parte de la Aseguradora. Entiendo y acuerdo que ASSA Compañía de Seguros, S.A., dejará de cobrar mis primas de seguro por las siguientes causas:

a) insuficiencia de fondos en mi tarjeta, vencimiento del plástico, cancelación de la tarjeta con el banco emisor. Acepto mi responsabilidad de informar a ASSA Compañía de Seguros S.A., cualquier cambio, ya sea de tarjeta

o de fecha de vencimiento, para que puedan continuar realizando los cargos respectivos y mi póliza se mantenga vigente.

Lugar y Fecha:	
----------------	--

Firma Registrada en el plástico

(Para ser completada por Corredor)

8. DATOS DE CORREDOR

Nombre de Corredor/Agente		Código Corredor/Agente:	
E-mail para envío de póliza en PDF:			

(Para ser completada por ASSA)

9. OBSERVACIONES ASSA

Número de Certificado:		Número de Recibo de Caja:		Comisión:	
------------------------	--	---------------------------	--	-----------	--

ADJUNTOS

Recibo de Caja	SI	NO	Copia de Pasaporte / DPI	SI	NO
----------------	----	----	--------------------------	----	----

Queda entendido y convenido que:

ASSA Compañía de Seguros, S.A. se reserva el derecho de rechazar o aceptar cualquier solicitud de seguro.

Las respuestas y declaraciones que forman parte de mi solicitud son completas, verídicas, a mi mejor juicio y conocimiento. La omisión, falsa o inexacta declaración hecha en esta solicitud, dará derecho a La Compañía a dar por terminado el contrato de seguro.

Con presentar una fotocopia o el original de esta Solicitud, autorizo:

1. A cualquier médico, profesional, hospital, clínica, entidad o persona médica o relacionada médicamente para proveer a La Compañía la información que ésta requiera, incluyendo registros, cuidados o tratamientos proporcionados a mí (y/o a mis dependientes)*, sin limitación alguna.

* Aplicable únicamente cuando la cobertura de seguro sea extensiva a los dependientes del asegurado.

2. A La Compañía para que pueda corroborar la veracidad de toda la información, por cualquier medio legal, incluyendo la lectura del dispositivo incorporado en mi documento personal de identificación.

La tramitación de esta solicitud no implica la aceptación del riesgo por parte de la Compañía de Seguros.

Este texto es de responsabilidad de La Aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 1284 del 17 de Diciembre de 2015.

ASSA Compañía de Seguros, S.A.

7a. Avenida 12-23 zona 9 Edificio Etisa, nivel 3, Guatemala - PBX (502)2285-5900 - www.assa.com.gt

TR-I-01-2015