

Solicitud de Indemnización por Invalidez Total y Permanente

Estimado Asegurado o solicitante:

En los casos que no cotice IHSS, favor anexar formulario de solicitud de indemnización, reporte médico que certifique invalidez.

1. Datos generales del asegurado					
Nombre del Asegurado:					
Edad:	Lugar y fecha de Nacimiento:			Día	Mes
Dirección:			Ocupación:		Año

2. Datos sobre la invalidez				
En caso de accidente, lugar (dirección) donde ocurrió:				
Fecha del siniestro:	Día	Mes	Año	Hora del siniestro:
Mencione los nombres de médicos y hospitales donde le atendieron				
Con qué otra compañía tiene este tipo de seguro:				
Si la invalidez fue causa de enfermedad, indicar diagnóstico:				
Desde cuándo padece la enfermedad:				
Mencione los nombres de médicos y hospitales donde le atendieron				

DECLARO QUE LOS DATOS SON VERDADEROS Y AUTORIZO A ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS HONDURAS S.A. PARA QUE INVESTIGUE LOS HECHOS MENCIONADOS, SI EXISTIESE FALSEDAD EN LA INFORMACIÓN, LA COMPAÑÍA NO ESTARÁ OBLIGADA A PAGAR ESTE RECLAMO.

Nombre y Firma de Asegurado o Representante

Cédula o Número de ID

Fecha