

**INFORMACIÓN DEL ASEGURADO**

Nombre completo: \_\_\_\_\_  
DPI No: \_\_\_\_\_ NIT: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: F ☐ M ☐  
Dirección completa: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

**COBERTURAS DE LA PÓLIZA INDIVIDUAL**

Nombre de la Cobertura	Suma Asegurada
Cobertura de Muerte Accidental	UM
Servicio de Asistencia Conductor Protegido	Incluido
Prima Mensual Por Pagar:	UM

**BENEFICIARIOS**

Nombres y Apellidos	No. De Identificación	Parentesco	Porcentaje

Si ocurre el fallecimiento del cualquier beneficiario antes que el del Asegurado, la parte de dicho beneficiario se distribuirá proporcionalmente dentro de los beneficiarios sobrevivientes, en ausencia de estos, a los herederos legales. El Asegurado se reserva el derecho de cambiar cualquier beneficiario antes nombrado.

**OBLIGACIONES DEL BENEFICIARIO EN CASO DE SINIESTRO**

Tan pronto como el Beneficiario, tuviere conocimiento de la realización del siniestro, deberá comunicarlo a la Aseguradora. Salvo pacto o disposición expresa en contrario, el aviso deberá darse por escrito y dentro del plazo establecido en las Condiciones Particulares. Este plazo no correrá sino en contra de quienes tuvieron conocimiento del derecho constituido a su favor.

**PROCEDIMIENTO DE PAGO DEL RECLAMO**

El (los) Beneficiario (s) tienen acción directa para requerir de la Aseguradora el pago de la Suma Asegurada que corresponda, conforme a las condiciones establecidas en la Póliza.

Toda vez que se hayan practicado las investigaciones correspondientes, se encuentren completos los requisitos contractuales y legales del caso, así como la documentación que la Aseguradora requiera para tal efecto, y no exista desacuerdo en la liquidación e interpretación de las Cláusulas de esta Póliza, la Aseguradora pagará conforme a lo estipulado en el Artículo 34 de la Ley de la Actividad Aseguradora.

Con el pago de la Suma Asegurada, quedarán extinguidas las obligaciones de la Aseguradora provenientes de cualquiera que sea la cobertura estipulada en la Carátula de la Póliza.

Todas las indemnizaciones cubiertas por la Aseguradora serán liquidadas al (los) beneficiario (s) designados por el Asegurado.

ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, pagará las Sumas Aseguradas que se indican para cada cobertura y de acuerdo con lo que se estipula en las Condiciones Particulares y Carátula de la Póliza. El pago se hará a los beneficiarios designados por el Asegurado después de recibir pruebas de la realización de la eventualidad prevista, siempre y cuando la Póliza se encuentre en vigor.

**AUTORIZACIÓN DE COBRO**

Descripción del Medio de Pago Automático: Tarjeta de Crédito ☐ Tarjeta de Débito ☐

Datos del Medio de Pago:

Periodicidad del Pago: Mensual ☐ Anual ☐

Por este medio autorizo a ASSA Compañía de Seguros, S.A. para que sea descontado del medio de pago antes indicado, el valor de las primas mensuales de este seguro, durante la vigencia correspondiente

**VIGENCIA**

La presente Póliza tendrán vigencia anual a partir de la fecha su contratación y será renovable por el mismo período.

#### DECLARACIÓN DEL ASEGURADO

1. Manifiesto que he recibido toda la información relativa al seguro, incluyendo las Condiciones Particulares.
2. Acepto que este documento se registrará por las disposiciones que contiene, junto con las Condiciones Particulares, las cuales forman parte integral del mismo. Asimismo, declaro que he sido debidamente informado sobre los términos, condiciones, exclusiones y limitaciones de manera clara y detallada.
3. Reconozco que ASSA Compañía de Seguros, S.A. se reserva todos los derechos que puedan asistirle en caso de que antes o después de mi fallecimiento, se compruebe que esta declaración no corresponde a la verdad. El pago se hará inmediatamente después de recibir la Aseguradora las pruebas fehacientes de la ocurrencia del siniestro y de mi edad; siempre y cuando el presente seguro se encuentre vigente.
4. Autorizo el envío de las Condiciones Particulares y la Carátula de la Póliza a mi correo electrónico descrito.
5. Queda entendido y convenido que:
  - ASSA Compañía de Seguros, S.A. se reserva el derecho de rechazar o aceptar el presente documento.
  - Esta Carátula de Póliza cumple de igual forma como una solicitud de seguro
  - Las declaraciones y respuestas que forman parte de mi solicitud son completas, verídicas, a mi mejor juicio y consentimiento. La omisión, falsa o inexacta declaración hecha en esta Póliza, dará derecho a la Aseguradora a dar por terminado el Contrato de Seguro.
  - Banco de América Central, S.A. no se hace responsable frente a las obligaciones adquiridas por ASSA Compañía de Seguros, S.A.
  - La Aseguradora está obligada a entregar al Asegurado, a su solicitud, copia de las Condiciones Particulares del Seguro por el medio que se requiera.

**\*Nota: las consultas relacionadas a las Condiciones Particulares de esta Póliza podrán realizarse al número de Atención al Cliente (+502) 2207-9166.**

-----  
NOMBRE Y APELLIDO DEL ASEGURADO

-----  
FIRMA ASEGURADO

-----  
LUGAR Y FECHA

La presente Carátula de Póliza y las Condiciones Particulares forman parte de las Condiciones Generales registradas en la Superintendencia de Bancos, las cuales a su vez podrán ser consultadas en la página web [www.assanet.com](http://www.assanet.com).

**ASSA Compañía de Seguros, S.A**  
7ma. Avenida 12-23 zona 9 Edificio Etisa, nivel 3, Guatemala  
Teléfonos: (+502) 2207-9166  
[www.assanet.com](http://www.assanet.com)