

Código:

No. de préstamo: _____Número de póliza: _____

Valor de la cuota del préstamo: _____

DATOS DEL DEUDOR ASEGURADO		
Nombre completo:		Fecha de nacimiento Día MesAño
Documento Nacional de identificación (D.N.I):	Dirección domiciliaria:	
Ciudad:	Teléfono domicilio:	Celular:
Correo electrónico:	Lugar / Empresa de trabajo:	Teléfono de trabajo:
Sexo ☐ F ☐ M	Tipo de Trabajo _____ (Asalariado o Independiente)	
Fecha de contratación trabajo actual:	Dirección del lugar de trabajo	

Por este medio autorizo adicionar a mi préstamo en referencia la cobertura de Seguro de Desempleo para Prestatarios y así mismo, cargar la prima correspondiente dentro de la cuota mensual de mi préstamo con Banco Ficohsa con el objeto de recibir el pago de la cuota del préstamo y los beneficios contratados en cualquiera de los siguientes casos, según aplique:

Coberturas:

A. Despido involuntario: para tener derecho a la cobertura de desempleo involuntario, se establece un periodo de espera o carencia de sesenta (60) días calendarios, contados a partir de la fecha en que el asegurado fuere ingresado como miembro del grupo asegurado, queda entendido y acordado que la cobertura estará activa hasta el día 61. El asegurado será indemnizado al final de cada mes hasta un máximo de 6 mensualidades luego de haber cubierto el periodo del deducible de 30 días.

B. Desempleo por invalidez o incapacidad total temporal: para tener derecho a la cobertura de desempleo por invalidez o incapacidad total temporal, se establece un periodo de espera o carencia de sesenta (60) días calendarios, contados a partir de la fecha en que el asegurado sea ingresado como miembro del grupo asegurado, queda entendido y acordado que la cobertura estará activa hasta el día 61. El asegurado será indemnizado al final de cada mes hasta un máximo de 6 mensualidades luego de haber cubierto el periodo del deducible de 30 días.

C. Asistencias:

Auxilio de canasta básica	Un evento mensual, hasta un máximo de U\$50 por hasta 6 meses.
Auxilio en la compra de medicamento	Un evento mensual, hasta un máximo de U\$100.00 por hasta por 6 meses.
Orientación telefónica psicológica para la presentación de entrevista y elaboración de curriculum vitae.	Sin límite
Orientación de cómo y dónde buscar empleo en Honduras	Sin límite
Informar al Asegurado vía teléfono y correo electrónico el estado de su reclamación y próximos pasos	Sin limite
Informar al Asegurado antes, durante y después de adquirido el seguro los beneficios del mismo y orientar al asegurado en como solicitar una reclamación	Sin limite

Responsabilidad del Asegurado: Es responsabilidad del Deudor-Asegurado informar a la aseguradora sobre la suspensión de la incapacidad o la contratación de un nuevo empleo, según aplique, durante el periodo de cobertura, ya que al ocurrir cualquiera de estos eventos el pago de la indemnización será suspendida por parte de la compañía de seguros.

Planes: Puede seleccionar un único plan de los detallados a continuación; según la cobertura / suma asegurada que mejor se adapte a sus necesidades:

Plan	Suma Asegurada	Prima Mensual	Marque con una "X" el Plan Seleccionado
A	U\$50.00 mensual por 6 meses máximo. Indemnización máxima de U\$300.00	\$ 2.35	
B	U\$100.00 mensual por 6 meses máximo. Indemnización máxima de U\$600.00	\$ 3.20	
C	U\$150.00 mensual por 6 meses máximo. Indemnización máxima de U\$900.00	\$ 4.16	
D	U\$250.00 mensual por 6 meses máximo. Indemnización máxima de U\$1,500.00	\$ 6.00	
E	U\$300.00 mensual por 6 meses máximo. Indemnización máxima de U\$1,800.00	\$ 6.75	
F	U\$600.00 mensual por 6 meses máximo. Indemnización máxima de U\$3,600.00	\$ 12.70	
G	U\$900.00 mensual por 6 meses máximo. Indemnización máxima de U\$5,400.00	\$ 17.50	
H	U\$1,200.00 mensual por 6 meses máximo. Indemnización máxima de U\$7,200.00	\$ 22.15	

Declaraciones Del Asegurado:
A. Que la actividad a la que me dedico es lícita, normal y no genera riesgo o peligro inminente para mi vida y que a la fecha de suscribir este seguro gozo de muy buena salud y que no padezco ni he padecido de afecciones crónicas graves en mi salud.
B. Dejo expresa constancia que todas las declaraciones en este documento están ceñidas a la verdad y si se comprobare que las mismas no lo están, Ficohsa Seguros se eximirá de toda obligación a indemnizar.
C. Ficohsa Seguros quedará liberado de sus obligaciones frente al Contratante, asegurado o beneficiario de acuerdo a las cláusulas de DECLARACIONES FALSAS O INEXACTAS, AGRAVACIÓN DEL RIESGO y TERMINACIÓN ANTICIPADA. Además, tendrá derecho para retener la prima percibida conforme a la cláusula de TERMINACIÓN ANTICIPADA.
D. Declaro que he leído, conozco y acepto las condiciones generales y endosos de la póliza, sobre el cual se emite el presente certificado individual de seguro y estoy de acuerdo con sus términos, condiciones, coberturas, limitaciones y exclusiones.
E. Me doy por entendido que las primas serán ajustadas en las renovaciones de la póliza, por el comportamiento de siniestralidad o de acuerdo al índice de inflación anual.
Autorizaciones:
A. Acepto y reconozco que es mi responsabilidad mantener los fondos disponibles en mi tarjeta de crédito o cuenta bancaria mencionada para que en la periodicidad señalada anteriormente, Ficohsa Seguros realice los cargos respectivos para cubrir las primas que origina esta póliza. Si en la fecha establecida para el débito no tuviese los fondos suficientes para dicha operación, autorizo que la misma se realice en cualquiera de las fechas o ciclos establecidos para este cobro hasta lograr el débito y por el saldo total vencido.
B. En el caso que cualquiera de las coberturas de este seguro sea agotada, sin que se haya cobrado el valor total de la prima anual, el Asegurado autoriza a Ficohsa Seguros para continuar debitando su cuenta de ahorro, cheques o tarjetas de crédito el valor anual o mensual, para cubrir el monto de las primas que origina esta póliza.
C. Autorizo a Ficohsa Seguros para que la documentación que acredite la celebración de la póliza de seguros, incluyendo las condiciones generales así como cualquier modificación realizada a la misma pueda ser remitida a mi correo electrónico descrito al inicio de esta solicitud.
D. Autorizo por la presente a cualquier médico, profesional de la salud, hospital, clínica u otra facilidad médica o médicamente relacionada que posea licencia como tal, compañía de seguros, buró de información médica, u otra organización, institución o persona que tenga información sobre mi salud ya sea en Honduras o en el extranjero a dar dicha información a Ficohsa Seguros, incluyendo copias fotostáticas de los análisis, diagnósticos, informes, declaraciones, expedientes clínicos o registros profesionales que obren en su poder, para lo cual los libero de toda responsabilidad en que puedan incurrir por proporcionar dicha información o copias .

Esta solicitud es valedera únicamente si está registrada en Ficohsa Seguros. El proponente ha tomado conocimiento de su derecho a decidir sobre la contratación de los seguros y a la libre elección de la compañía de seguro.

Importante: Conforme al artículo 1141 y 143 del Código de Comercio, debe declarar todos los hechos a que se refiere este cuestionario, tal y como los conozca o deba conocer en el momento de firmarlo. La omisión en las declaraciones, inexactitud o falsedad de éstas respecto de los hechos que se preguntan, origina la pérdida del derecho del solicitante o del beneficiario en su caso de acuerdo a lo dispuesto en la cláusula de DECLARACIONES FALSAS O INEXACTAS.

En fe de lo cual, se firma el presente Certificado en la ciudad de Tegucigalpa, Honduras a los ____ del mes de _____ del año _____

Hago constar que recibo en este acto, copia del presente consentimiento con el condicionado del seguro de desempleo o incapacidad total temporal por accidente para prestatarios ____Nombre de la Institución Financiera_____. Para tal efecto, firmo el respectivo acuse de recibo de este documento, el cual he leído y aceptado sus estipulaciones.

Firma del Asegurado

Firma autorizada de Banco Ficohsa