

Código: SPN-F.GTA-33

Ficohsa Seguros, del domicilio de Tegucigalpa Honduras, denominada en adelante ‘ ‘LA COMPAÑÍA’ ’ emite el presente contrato de acuerdo a lo establecido en la solicitud de Seguro de Automóvil; basándose en las declaraciones contenidas en la misma

I. Datos del Asegurado:

No. de póliza de automóvil	Nombre del asegurado
----------------------------	----------------------

En complemento a esta solicitud se consideran los datos detallados en la solicitud de Seguro de Automóvil

II. Vigencia:

Desde:	Hasta:
--------	--------

III. Características de la bicicleta

No.	Marca	Modelo	Año	Color	Serie	Estado	
						Usada	Nueva
1.						☐	☐
2.						☐	☐
3.						☐	☐
4.						☐	☐
5.						☐	☐

*Es requisito presentar la factura de compra de la bicicleta. En caso que la factura este a nombre de un tercero debe presentar documento privado de compra-venta.

IV. Coberturas, suma asegurada, deducibles y coaseguros

Cobertura	Moneda: ☐ Lempiras ☐ Dólares		
	Suma Asegurada	Deducible	Coaseguro
Vuelcos Accidentales y/o Colisiones		1.50% sobre el valor de la pérdida con un mínimo de L700.00 para pérdidas parciales	No Aplica
Robo total		No Aplica	30% sobre suma asegurada
Daños causados a Terceros en sus bienes	L25,000.00	L1,000.00	No Aplica
Daños causados a Terceros en su persona	L25,000.00	No Aplica	No Aplica
Equipo Especial		No Aplica	15% sobre el equipo especial
Gastos Médicos	L15,000.00	No Aplica	No Aplica
Muerte Accidental	L 50,000.00	No Aplica	No Aplica
Incapacidad Permanente	L. 50,000.00	No Aplica	No Aplica
Pérdida total		No Aplica	25% sobre suma asegurada por pérdida total

V. Descripción del equipo especial

VI. Primas

Prima anual	
Impuesto sobre venta 15%	
Gastos de emisión	
Total	

VII. Datos del Beneficiario Relación Financiera ☐ Personal ☐

Nombre Completo del Beneficiario	Número de identificación	Participación

VIII. Dirección del Beneficiario

Colonia:	Casa No.:	Teléfono:	Celular:
Detallar Dirección:			
Ciudad:	Municipio:		

En caso de incluir más beneficiarios solicite hojas para anexarlos.

IX. SERVICIOS DE ASISTENCIA

Cobertura	Monto Máximo por evento	Máximo de Eventos al año
a) Asistencia vial		
Traslado de la Bicicleta en caso de accidente o avería	L. 2,500.00	4
Cerrajería para candado de la Bicicleta (por pérdida o extravío, incluye reposición de llave).	L. 1,250.00	2
Mantenimiento Básico de la Bicicleta (desarmado de bicicleta completo, engrase en general, regulación, ajuste de frenos y socado de tuercas), ésta asistencia tiene un periodo de carencia de 3 meses.	L. 750.00	1
Cabina de siniestros o emergencia las veinticuatro (24) horas incluye coordinación telefónica del siniestro y envío de ajustadores y/o asesores legales.	Sin Límites	Sin Límites
b) Asistencia Médica		
Traslado medico terrestre (ambulancia en caso de accidente (códigos rojos) con un radio de 15 km fuera del casco urbano)	L. 3,000.00	2
Orientación Médica Telefónica veinticuatro (24) horas, los trescientos sesenta y cinco (365) días de año.	Sin Límites	Sin Límites
10% de Descuento en Unidades PORSALUD (Farmacia, Laboratorios, Imágenes, Ortopedia y Traumatología)	Sin Límites	Sin Límites
Referencias Médicos Especialistas, Clínicas y Hospitales.	Sin Límites	Sin Límites
Cualquier accidente o solicitud de Asistencia debe ser reportado al Tel. 2280-2886		

Las declaraciones inexactas y las reticencias del contratante, relativas a circunstancias tales que el asegurador no habría dado su consentimiento o no lo habría dado en las mismas condiciones si hubiese conocido el verdadero estado de las cosas serán causa de anulación del contrato, cuando el contratante haya obrado con dolo o culpa grave. Artículo No.1141, del código de comercio vigente. Así mismo, el Tomador del Seguro declara que la información referente a su identificación es verídica y que puede ser confirmada en cualquier momento por esta Compañía. Igualmente el Intermediario de Seguros declara que ha corroborado la información personal del Tomador del Seguro y de haber tenido a la vista los documentos de identificación del mismo, en fé de lo cual firma.

DECLARACIONES DEL ASEGURADO

A- Declaro que he leído, conozco y acepto las condiciones de la presente póliza y estoy de acuerdo con sus términos, condiciones, coberturas, limitaciones y exclusiones.

B- Autorizo a Ficohsa Seguros para realizar el cobro de prima e impuestos que origina esta solicitud; los cuales se deberán ser cancelados en la primera cuota y en la misma forma de pago con el que cuenta mi seguro de auto actualmente.

En fe de lo cual, se firma la presente solicitud en la ciudad de _____, Honduras a los ____ días del mes de _____ del año ____.