

Solicitud de Seguro

Ficohsa Seguros, Del domicilio de Tegucigalpa, Honduras, denominada en adelante “LA ASEGURADORA”, emite la presente solicitud de acuerdo con las Condiciones Generales y Condiciones Particulares, prevaleciendo las últimas sobre las primeras y basándose en las declaraciones contenidas en la solicitud presentada por el Contratante. La presente Solicitud forma parte integral de la póliza.

Datos del Asegurado:			
No. Certificado:		No. Póliza:	
Nombres y Apellidos:			
Documento Nacional de Identificación	Fecha de Nacimiento:	Edad:	Sexo:
Domicilio:		Teléfono:	
Profesión y/o Ocupación:		Correo electrónico:	

Coberturas:

Cubrirán los gastos médicos por una cirugía o intervención quirúrgica realizada al asegurado con fines terapéuticos o con el objetivo de retornar al estado completo de bienestar de la salud del asegurado a través de una incisión y/o laparoscopia o por medio de endoscopia por un cirujano, en un hospital autorizado, ya sea bajo anestesia local o general, y que requiere necesariamente el uso de un quirófano y hospitalización mayor a veinticuatro (24) horas.

- **Asistencia: Cuidado Best Care por enfermedad y accidente.**

PLANES	SUMA ASEGURADA CONTRATADA	PRIMA MENSUAL	MARQUE CON UNA “X” EL PLAN CONTRATADO
Plan 1	L 50,000.00	L 220.00	
Plan 2	L 75,000.00	L 270.00	
Plan 3	L 100,000.00	L 320.00	

Datos de Pago:			
MEDIO DE PAGO		BANCO EMISOR	FORMA DE PAGO
Débito a Cuenta en Banco Ficohsa: No. _____ ☐ Lempiras ☐ Dólares	Cargo a Tarjeta de Crédito: No. _____ Vencimiento: Día ____ Mes ____ Año ____ ☐ Visa ☐ Master Card ☐ American Express	BANCO FICOHSA	Mensual
La fecha de vencimiento del pago prima es el mismo día que inicia la vigencia de este seguro y de acuerdo a forma de pago.			

Vigencia:

Solicitud de Seguro

Desde:	a las: horas
---------------	---------------------

Declaraciones del Asegurado		
A. Ha padecido o padece o sido diagnosticado o han tenido resultados positivos, ha recibido o está recibiendo tratamientos por alguna de las siguientes enfermedades.	SI	NO
▪ Cáncer, tumores o quistes, melanomas, displasia de cuello uterino moderada o severa, epitelomas, lupus u otro tipo de enfermedad oncológica.		
▪ Ganglios inflamados, problemas de la tiroides, fiebre de origen no determinada o pérdida de peso sin causa, así como insuficiencia renal y problemas de la próstata.		
▪ Angina de Pecho, defectos cardiacos, tensión arterial alta o baja, Diabetes, síndrome metabólico o enfermedades del corazón.		
B. 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.		
C. 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.		
D. Estoy de acuerdo en que este certificado y sus coberturas quedan nulos y sin efecto alguno, al igual que la compañía retenga las primas pagadas, en caso de error, inexactitud, falsedad o reticencia de mi parte, sobre circunstancias que de haber sido conocidas por la compañía, le hubiere hecho desistir del contrato, o inducido a estipular otras condiciones .		
E. Declaro que he leído, conozco y acepto las condiciones generales y particulares, 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.		
F. 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 medicamento 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 .		

OTRAS CONDICIONES:

- Se excluyen cirugías estéticas y las relacionadas al estado de embarazo.
- Se excluyen cirugía ambulatoria, con estadía hospitalaria menores a 24 horas.

- **Preexistencias se cubren a partir de los 24 meses de cobertura continua en la póliza.**
- **En caso de presentar un siniestro cubierto por la póliza y no agotar la suma asegurada contratada se mantendrá la cobertura por la diferencia de suma asegurada disponible en caso de un nuevo evento; la suma asegurada contratada se restituirá al momento de la renovación.**
- **En caso de presentar siniestros y agotar la suma asegurada en un año de vigencia póliza, esta última se mantendrá vigente y en la renovación se restituirá la suma asegurada.**
- **Aplican restricciones en el servicio de asistencia de cuidado Best Care cuando la residencia o lugar de habitación en donde solicitan la asistencia se ubicada en una colonias y/o zonas de alto riesgo según lo establecido por Observatorio Nacional y local de la Violencia y Policía Nacional de Honduras.**

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 aseguradora.

Cualquier consulta, modificación o cambio en su póliza deberá llamar al Centro de Atención Teléfono 2280-4545.

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, a la indemnización que se derive de la póliza que se expida basada en estas declaraciones.

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

Firma del Asegurado**Firma Autorizada**