

SEGURO DE VIDA SALDO DEUDOR PARA TARJETAS DE CRÉDITO CONDICIONES PARTICULARES

Tipo de Tarjeta: _____ No. de Cuenta _____ No. de Póliza: _____ No. Certificado _____

DATOS DEL TARJETA-HABIENTE ASEGURADO

Nombre Completo	Número de Identidad / Carnet Residente
-----------------	--

COBERTURAS

COBERTURAS	<p>COBERTURA DE MUERTE E INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE PARA EL LÍMITE DE LA TARJETA DE CRÉDITO</p> <ul style="list-style-type: none"> MUERTE POR CUALQUIER CAUSA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE GASTOS FÚNEBRES <p>COBERTURA DE MUERTE E INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE PARA PRÉSTAMOS Y/O EXTRAFINANCIAMIENTOS OTORGADOS EN LA TARJETA DE CRÉDITO</p> <ul style="list-style-type: none"> MUERTE POR CUALQUIER CAUSA INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE GASTOS FÚNEBRES
-------------------	--

Beneficiario Preferencial por el Saldo de la Deuda de la Tarjeta de Crédito y del Extrafinanciamiento, cuando aplique: BANCO FICOHSA

BENEFICIARIO (S) DEL TARJETA-HABIENTE ASEGURADO POR EL REMANENTE (SUMA ASEGURADA INICIAL MENOS EL SALDO ADEUDADO A LA FECHA DEL FALLECIMIENTO)

Nombre y Apellidos Completos	Parentesco	Cédula	Fecha de Nacimiento			Porcentaje
			Día	Mes	Año	

DECLARACIÓN DEL TARJETA-HABIENTE ASEGURADO

1. 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 y sus reaseguradores, 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.
2. 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.
3. 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 .
4. 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.

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.

En testimonio de lo cual se firma la presente en la ciudad de Tegucigalpa M.D.C., a los ____ días del mes de _____ del año _____.

Firma del Tarjeta-Habiente Asegurado

Firma Autoriza