

**SEGURO FICOVIDA
SOLICITUD DE SEGURO**

Ficohsa Seguros, Del domicilio de Tegucigalpa, Honduras, denominada en adelante “LA COMPAÑÍA”, 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 Asegurado. La presente Solicitud de Seguro forma parte integral de la póliza.

DATOS DEL ASEGURADO			
No. Certificado:		No. Póliza:	
No. Identidad			
Nombre y Apellido:		Fecha de Nacimiento:	Edad: Sexo:
Domicilio:		Teléfono:	
Profesión y/o Ocupación:		Correo electrónico:	

COBERTURAS:	
Muerte por Cualquier Causa: Pago del 100% de la suma asegurada básica a los Beneficiarios en caso de fallecimiento del asegurado. Incapacidad Total y Permanente: Pago de la suma asegurada básica al Asegurado en caso de Incapacidad Total y Permanente, en doce (12) rentas mensuales.	Auxilio por Enfermedades Graves Terminales: pago anticipado del 50% la suma básica al Asegurado en caso de enfermedad grave terminal. Gastos Funebres: reembolso a los Beneficiarios por el 10% adicional a la suma asegurada básica en concepto de gastos fúnebres por fallecimiento del Asegurado.

PLAN CONTRATADO			
PLAN	SUMA ASEGURADA BÁSICA	SUMA ASEGURADA GASTOS FÚNEBRES	MARQUE CON UNA “X”
Plan A	L.100,000.00	L.10,000.00	
Plan B	L.200,000.00	L.20,000.00	
Plan C	L.300,000.00	L.30,000.00	
Plan D	L.400,000.00	L.40,000.00	
Plan E (cuenta en \$)	\$. 25,000.00	\$. 2,500.00	

En caso que la sumatoria de este monto asegurado y la de cualquier otra póliza de vida con esta Compañía sobrepasen el límite según políticas establecidas por la Compañía, esta se reserva el derecho de solicitar exámenes médicos para su posterior aprobación.

BENEFICIARIOS			
NOMBRE	PARENTESCO	CEDULA	PORCENTAJE (%)
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

FORMA DE PAGO: MENSUAL ☐ TRIMESTRAL ☐ SEMESTRAL ☐ ANUAL ☐

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.

SEGURO FICOVIDA SOLICITUD DE SEGURO

VIGENCIA:

La vigencia de este seguro será anual a partir de las 12:00 horas del meridiano del día siguiente de su expedición, siempre que se hubiere efectuado el débito a la cuenta del cliente de Banco Ficohsa.

DECLARACIÓN DEL ASEGURADO

- A. Que la actividad a la que me dedico es lícita y 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. Estoy de acuerdo en que esta solicitud 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.
- 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.

AUTORIZACIONES

- A. Autorizo a Banco Ficohsa para debitar mi cuenta de ahorro, cheques o tarjetas de crédito, según la periodicidad seleccionada, para cubrir el monto de las primas que origina esta póliza.
- B. 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.
- 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.

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.

Este documento cancela y reemplaza automáticamente cualquier otra cobertura anterior bajo esta misma póliza tomada por el mismo asegurado.

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