

**SEGURO DE VIDA PARA VENTA MASIVA
SOLICITUD DE SEGURO**

SPN-F.BS-45

Ficohsa Seguros, Del domicilio de Tegucigalpa, Honduras, denominada en adelante "LA COMPAÑÍA", de acuerdo con las Condiciones Generales y 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
- Incapacidad Total y Permanente
- Provisión Alimenticia
- Auxilio por Enfermedades Graves Terminales
- Servicio de Asistencia Funeraria Internacional

PLAN CONTRATADO			
PLAN	SUMA ASEGURADA	PRIMA MENSUAL	MARQUE CON UNA "X"
Plan I	L.300,000.00	L.200.00	
Plan II	L.500,000.00	L.350.00	
Plan III	L750,000.00	L550.00	

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

DATOS DE PAGO		
MEDIO DE PAGO		FORMA DE PAGO
Débito a Cuenta de Ahorros	Cargo a Tarjeta de Crédito	Mensual

**SEGURO DE VIDA PARA VENTA MASIVA
SOLICITUD DE SEGURO**

SPN-F.BS-45

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:

Desde: a las 00:01horas

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 Aseguradora, esta se reserva el derecho de solicitar exámenes médicos para su posterior aprobación.

DECLARACION 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 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 .
- 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 aseguradora.

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**