

| I DATOS DEL ASEGURADO |               |                     |           |
|-----------------------|---------------|---------------------|-----------|
| SPN-F.GTA-XX:         | No. PÓLIZA:   | DNI:                |           |
| NOMBRE:               | FECHA DE NAC: | EDAD:               | SEXO:     |
| DIRECCION:            |               |                     | TELÉFONO: |
| OCUPACION:            |               | CORREO ELECTRÓNICO: |           |

| II PLAN CONTRATADO                          |                |
|---|----------------|
| COBERTURAS                                  | SUMA ASEGURADA |
| Daños por Colisiones y vuelcos accidentales | L. __          |
| Reembolso de Gastos Médicos por Accidente   | L. __          |
| <b>PRIMA MENSUAL</b>                        | Plan _ L.__    |

| III DATOS DE PAGO  |               |
|--|---------------|
| MEDIO DE PAGO  | FORMA DE PAGO |
|  |               |
| 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:

**VIGENCIA:** Hasta:

| IV ASISTENCIA VIAL   |                              |                   |
|--|------------------------------|-------------------|
| ASISTENCIA VIAL  | Monto máximo en Dólares (\$) | Máximo de Eventos |
| Grúa por accidente o avería.   | -                            | -                 |
| Auxilio Vial (paso de corriente, suministro de gasolina, cambio y/o reparación de llanta). | -                            | -                 |
| Depósito o custodia de vehículo reparado o recuperado.                                     | -                            | -                 |

|  |                     |                          |
|--|---------------------|--------------------------|
| Cerrajería (por pérdida o extravío, incluye reposición de llave)   | -                   | -                        |
| Traslado médico terrestre (ambulancia en caso de accidente de tránsito)  | -                   | -                        |
| Transmisión de mensajes urgentes.  | -                   | -                        |
| Recordatorio 30 días antes del pago de matrícula.  | -                   | -                        |
| Reposición de llanta nueva.  | -                   | -                        |
| Asistencia legal preliminar en accidentes de automóvil (con abogados propios Ficohsa Seguros)  | -                   | -                        |
| Orientación telefónica por robo de vehículo  | -                   | -                        |
| Orientación jurídica telefónica y conexión de abogado en caso de accidentes de tránsito  | -                   | -                        |
| <b>Asistencia en viajes km "65"</b>  | <b>Monto máximo</b> | <b>Máximo de eventos</b> |
| Gastos de hotel por avería o robo del automóvil.   | -                   | -                        |
| Transportación del afiliado o un familiar por robo o avería del automóvil.   | -                   | -                        |
| Renta de vehículo por robo o avería del automóvil.   | -                   | -                        |
| Cabina de siniestros o emergencia las 24 horas incluye coordinación telefónica del siniestro y envío de ajustadores propios o de la aseguradora. | -                   | -                        |
| <b>Cualquier accidente o solicitud de Asistencia debe ser reportado al Tel. 2280-2886</b>  |                     |                          |

#### 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 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.
- 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.
- E. 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 haya cobrado el valor de la prima anual, el asegurado autoriza a Ficohsa Seguros continuar debitando su cuenta de ahorro, cheques o tarjeta de crédito el valor anual o mensual, para cubrir el monto de la prima que origina la 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.

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 al 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 \_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_ del año 20\_\_\_\_.

**Firma del Asegurado****Firma Autorizada**