

Para uso exclusivo de la compañía:

Código del Contratante:	Vinculación:	No. De Solicitud:
No. De Póliza:	Fecha:	

1. DATOS DEL ASEGURADO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre			Segundo Nombre		
Documento Nacional de Identificación (DNI)		Fecha de Nacimiento	Día	Mes	Año	Edad	Sexo M ☐ F ☐
Dirección		Nacionalidad (es) 1. 2.			Teléfono		
Profesión y/o Ocupación		Correo Electrónico					
Número de Licencia		Tipo de Licencia			Fecha de Expiración		

2. VIGENCIA:

Desde:	Al medio día	Hasta:	Al Medio día
--------	--------------	--------	--------------

3. INFORMACIÓN DE OTROS SEGUROS

¿Tiene otros seguros con la compañía? SI ☐ NO ☐	¿Qué tipo de Seguro?
¿Con que otra Compañía tiene o tenía Seguros?	Sumas Aseguradas

4. DETALLE DEL VIAJE

Lugar de origen:	Lugar de Destino:
Fecha de inicio:	Fecha de regreso:

5. COBERTURAS, PLANES Y PRIMAS

Seleccione el plan a contratar:

Coberturas	Suma Asegurada	Planes de Seguro		
Daños por Colisiones y vuelcos accidentales a primera pérdida del vehículo que conduzca el asegurado	L. 20,000.00	Plan A 1 a 3 días	Plan B 4 a 10 días	Plan C 11 a 15 días
		Prima	Prima	Prima

Seguros Reembolso de Gastos Médicos por Accidente	L. 50,000.00	L.282.00 ☐	L.348.00 ☐	L.421.00 ☐
--	--------------	--------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

6. SERVICIOS DE ASISTENCIA INCLUIDOS

Asistencia Vial	Monto máximo	Máximo de eventos
Grúa por accidente o avería	\$150	Sin Límite
Auxilio vial(paso de corriente, suministro de gasolina, cambio y/o reparación de llanta	\$100	Sin Límite
Depósito o custodia de vehículo reparado o recuperado	Sin Límite	Sin Límite
Cerrajería (por pérdida o extravío, incluye reposición de llave).	\$50 (por evento)	6 Eventos
Traslado medico terrestre (ambulancia en caso de accidente de tránsito)	Sin Límite	1 Evento
Transmisión de mensajes urgentes	Sin Límite	Sin Límite
Recordatorio treinta (30) días antes del pago de matricula	Sin Límite	Sin Límite
Reposición de llanta nueva	\$ 100	1 Evento
Asistencia legal preliminar en accidentes de automóvil (con abogados propios Ficohsa Seguros)	Sin Límite	Sin Límite
Orientación telefónica por robo de vehículo	Sin Límite	Sin Límite
Orientación jurídica telefónica y conexión de abogado en caso de accidentes de transito	Sin Límite	Sin Límite
Asistencia en viajes km "65"	Monto máximo	Máximo de eventos
Gastos de hotel por avería o robo del automóvil	\$ 100 por día máximo de tres (3) días	Sin Límite
Ayuda para el regreso o Continuación del viaje (pago de autobús para el asegurado y sus acompañantes para llegar al lugar de destino o regresar al lugar de origen)	Sin Límite	Sin Límite
Renta de vehículo por robo o avería del automóvil	\$ 100 por día máximo tres (3) días	Sin Límite
Cabina de siniestros o emergencia las veinticuatro (24) horas incluye coordinación telefónica del siniestro y envío de ajustadores propios o de la aseguradora	Sin Límite	Sin Límite

Declaraciones:

A. 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. 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 sobre el cual se emite la presente solicitud 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 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. D. 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 liberó de toda responsabilidad en que puedan incurrir por proporcionar dicha información o copias .

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

En fe de lo cual, se firma la presente solicitud en la ciudad de Tegucigalpa M.D.C, Honduras, a los ____ días del mes de _____ del año 20__

Firma del Asegurado