

Código: _____

No. de póliza: _____ Certificado: _____ (para uso de la Compañía)

DATOS DEL SOLICITANTE DEL ASEGURADO)

Nombres y apellidos completos				
Fecha de nacimiento Día Mes Año / /		Lugar de Nacimiento	Sexo F ☐ M ☐	Estatura Mts. Lbs.
Documento Nacional de Identificación:			Nacionalidad	
Dirección domiciliaria				
Ciudad		Teléfono casa		Celular
Correo Electrónico		Lugar de trabajo		Teléfono de trabajo
Dirección de trabajo				
Tiempo de Laborar		Cargo	Ingreso mensual	Origen de los recursos
Ocupación, Profesión, Oficio o Actividad Económica			Fecha de desembolso del préstamo Día Mes Año / /	Suma asegurada inicial
Estado civil Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐		Nombre completo del cónyuge		
¿Desempeña o ha desempeñado un cargo público en los últimos cuatro años? Si ☐ No ☐		(Si aplica) Cargo:		(Si aplica) Institución:

Declaratoria del Beneficiario:**Beneficiario preferencial por el saldo de la deuda:****BENEFICIARIO(S) POR EL REMANENTE (SUMA ASEGURADA INICIAL MENOS EL SALDO ADEUDADO A LA FECHA DEL FALLECIMIENTO)**

Nombre y apellidos completos	Documento Nacional de Identificación	Parentesco	Porcentaje

DECLARACION DEL ASEGURADOA. ¿Ha padecido o padece, ha sido diagnosticado, ha tenido resultados positivos o ha recibido o va a recibir tratamientos por alguna de las enfermedades siguientes? Si o NoA.1- ¿Cáncer, tumores, melanoma, displasia de cuello uterino moderada o severa, Epiteliomas u otro tipo de enfermedad Oncológica? ☐

Si ha contestado afirmativamente, especifique: _____

Detallar enfermedad (es)	Nombre del médico tratante	¿Cuándo iniciaron los síntomas?	¿Duración?	¿Secuela?

A.2- ¿Derrame cerebral, aneurisma, malformaciones arterio-venosa, epilepsia, parálisis, hipertensión arterial, colesterol o triglicéridos elevados, arritmia, angina de pecho, infarto al miocardio u otra enfermedad Cardíaca o Cerebrovascular? Si ha contestado afirmativamente, especifique: ☐

Detallar enfermedad (es)	Nombre del médico tratante	¿Cuándo iniciaron los síntomas?	¿Duración?	¿Secuela?

A.3- ¿Diabetes, Insuficiencia Renal, Agenesia Renal o glomerulonefritis?

Si ha contestado afirmativamente a una o varias de las preguntas anteriores, especifique:

Detallar enfermedad (es)	Nombre del médico tratante	¿Cuándo iniciaron los síntomas?	¿Duración?	¿Secuela?

B. ¿La actividad a la que se dedica es lícita y normal?

B.1 ¿La actividad indicada en el Inciso "B" genera riesgo o peligro inminente a su vida?

C. ¿Se encuentra en estado de embarazo? (únicamente aplica para género femenino) Si ha contestado afirmativamente, especifique:

Nombre del médico tratante	Meses de embarazo

A. 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 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 .

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, condiciones especiales 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.

Hago constar que recibo en este acto, copia del presente certificado de seguro.

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 testimonio de lo cual se firma la presente en la ciudad de _____ a los ____ días del mes de _____ de _____

Firma del Cliente

Firma Autorizada