

**Ficohsa Seguros**, Del domicilio de Tegucigalpa, Honduras, denominada en adelante “LA COMPAÑÍA”, emite el presente Certificado 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 Contratante. El presente Certificado forma parte integral de la póliza.

<b>Datos del Asegurado:</b>			
<b>No. Certificado:</b>		<b>No. Póliza:</b>	
<b>Nombres y Apellidos:</b>			
<b>No. D.N.I.</b>	<b>Fecha de Nacimiento:</b>	<b>Edad:</b>	<b>Sexo:</b>
<b>Domicilio:</b>		<b>Teléfono:</b>	
<b>Profesión y/o Ocupación:</b>		<b>Correo electrónico:</b>	

<b>Coberturas</b>	<b>Plan</b>	<b>Prima Mensual</b>	<b>Marque con una "X"</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Indemnización Diaria por Hospitalización hasta un máximo de 60 días en caso de accidente y enfermedad (incluye Covid-19)</li> <li>Asistencia: Consulta Médica</li> </ul>	Plan 1 Renta diaria		
	Plan 2 Renta diaria		
	Plan 3 Renta diaria		

<b>Datos de Pago:</b>			
<b>MEDIO DE PAGO</b>		<b>BANCO EMISOR</b>	<b>FORMA DE PAGO</b>
Débito a Cuenta en Banco Ficohsa: No. _____ <input type="checkbox"/> Lempiras <input type="checkbox"/> Dólares	Cargo a Tarjeta de Crédito: No. _____ Vencimiento: Día ____ Mes ____ Año ____ <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> Master Card <input type="checkbox"/> American Express	Banco Ficohsa	Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/>
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.			

<b>Vigencia:</b>		
<b>Desde:</b>	<b>a las 00:00 horas</b>	<b>Hasta:</b>

<b>Declaraciones:</b>
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 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 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 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 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.

**OTRAS CONDICIONES:**

- **La cobertura de hospitalización cuenta con un deducible por evento equivalente a dos (2) días de hospitalización.**
- **El máximo de días indemnizables por hospitalización a causa de un accidente y/o enfermedad es de Sesenta (60) días por cada período anual de vigencia.**
- **La cobertura de Renta Diaria por Hospitalización a causa de Enfermedad, tendrá un período de espera de treinta (30) días contados desde la fecha de inicio de vigencia de este seguro, en caso de un accidente cubierto por la póliza no aplica periodo de espera.**

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 de seguro.

Cualquier consulta, modificación o cambio en su póliza deberá llamar al Centro de Atención 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 \_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_

---

**Firma del Asegurado**

**Firma Autorizada**