

SEGURO DE ENFERMEDADES GRAVES SOLICITUD INDIVIDUAL DE SEGURO

La siguiente solicitud deberá ser completada con letra de molde, no debe usarse comillas, ni rayas y tiene que escribirse a puño y letra del solicitante.

A. DATOS DEL ASEGURADO

	Código de Contratante:	No. de Solicitud:	No. de Póliza:
--	------------------------	-------------------	----------------

PARA USO EXCLUSIVO DE LA COMPAÑÍA

I. Datos Generales del Tomador del Seguro

Datos Persona Natural

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Apellido de casada	Identidad <input type="checkbox"/> Carnet de residencia <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/>	No. de documento	Fecha de vencimiento del documento Día Mes Año
RTN contratante natural o representante legal	Lugar de nacimiento	Fecha de nacimiento Día Mes Año	Edad Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Nacionalidad			
1	2	3	
Profesión, ocupación, oficio o actividad económica	Estado civil Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Union libre <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/>		
Nombre de la empresa donde trabaja o nombre del negocio propio	Cargo que desempeña		
Tiempo de laborar	Giro de la empresa		
Con que instituciones financieras posee cuentas:	Origen de los recursos		
Nivel aproximado de ingresos mensuales			
L0.00 - L27,000.00 <input type="checkbox"/> L27,000.01 - L53,000.00 <input type="checkbox"/> L53,000.01 - L89,000.00 <input type="checkbox"/> L89,000.01 - L177,000.00 <input type="checkbox"/> L177,000.01 - L442,000.00 <input type="checkbox"/> Mayor a L442,000.01 <input type="checkbox"/>			
¿Ejerce o ha ejercido un cargo público nacional o internacional? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Cargo:	Periodo:	Institución:
En caso de ser afirmativo completar el SPS-F.CR-01 Formulario de identificación y vinculación para personas expuestas políticamente (nacionales y extranjeros) No aplica completar formulario para el Representante Legal			
¿Actúa en nombre o representación de otra persona? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si la respuesta es Si indicar:		
Nombre completo de la persona que representa	Su relación	No. de identidad de la persona que representa	
¿Depende económicamente de otra persona? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si la respuesta es Si indicar:		
Nombre completo de la persona que representa	Su relación	No. de identidad de la persona de la que depende	
¿Cliente es APNFD? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si la respuesta es Si indicar que actividad APNFD realiza:		
APNFD = Actividades y Profesiones No Financieras Designadas.			
¿Cliente es Contratista del Estado? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			

Datos del Cónyuge

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Nombre de la empresa donde trabaja		Cargo que desempeña	
No. de Teléfono	No. de Celular	Correo electrónico	

SEGURO DE ENFERMEDADES GRAVES SOLICITUD INDIVIDUAL DE SEGURO

II. Dirección de Residencia del Contratante

País	Departamento	Municipio	Ciudad	
Colonia	Calle	Avenida	Bloque	Casa No.
Detallar dirección				
Teléfono	Celular		Correo electrónico	

III. Dirección de Trabajo del Contratante

País	Departamento	Municipio	Ciudad	
Colonia	Calle	Avenida	Bloque	Casa No.
Detallar dirección				
Teléfono	Celular		Correo electrónico	

IV. Vigencia

Desde: <input style="width: 90%;" type="text"/>	Hasta: <input style="width: 90%;" type="text"/>
---	---

Coberturas:

- **Pago de la Suma Contratada en Caso de Enfermedad Grave.**
 - Cirugía arterio-coronaria (By-pass)
 - Infarto Agudo de Miocardio con Difusión del Ventrículo Izquierdo
 - Insuficiencia Renal Crónica
 - Cáncer
 - Evento Cerebro-Vascular
 - Cobertura Adicional por Cáncer in situ: hasta un 10% sobre la suma asegurada.
- **Asistencia Médica Primaria en PORSALUD.**

PLANES	SUMA ASEGURADA CONTRATADA	PRIMA MENSUAL	MARQUE CON UNA "X" EL PLAN CONTRATADO
Plan 1	L 300,000.00		
Plan 2	L 500,000.00		
Plan 3	L 750,000.00		

SEGURO DE ENFERMEDADES GRAVES SOLICITUD INDIVIDUAL DE SEGURO

Designación de Beneficiario en caso de fallecer por una Enfermedad Grave cubierta y no haber recibido la indemnización por la cobertura contratada en esta póliza:

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	No. de Identidad	Fecha de Nacimiento	Parentesco	Porcentaje

Datos de Pago:

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

Vigencia:

Desde: **a las 00:01 horas** **hasta:** **a las 00:01 horas**

Declaraciones del Asegurado

A. Ha padecido o padece o sido diagnosticado o han tenido resultados positivos, ha recibido o está recibiendo tratamientos por alguna de las siguientes enfermedades.	SI	NO
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cáncer, tumores o quistes, melanomas, displasia de cuello uterino moderada o severa, epitelomas, lupus u otro tipo de enfermedad oncológica. 		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ganglios inflamados, problemas de la tiroides, fiebre de origen no determinada o pérdida de peso sin causa, así como insuficiencia renal y problemas de la próstata. 		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Angina de Pecho, defectos cardiacos, tensión arterial alta o baja, Diabetes, síndrome metabólico o enfermedades del corazón. 		
<p>B. 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.</p>		
<p>C. 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.</p>		
<p>D. 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.</p>		
<p>E. 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.</p>		
<p>F. 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.</p>		

SEGURO DE ENFERMEDADES GRAVES SOLICITUD INDIVIDUAL DE SEGURO

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:

- **Periodo de Espera: Ningún beneficio será cubierto o elegible si los síntomas se manifiestan y/o la enfermedad es diagnosticada dentro de los sesenta (60) días siguientes a la fecha de inicio de la vigencia de la póliza y/o fecha de rehabilitación de la póliza.**

Dicho periodo se restablecerá si la cobertura es interrumpida por cualquier periodo de tiempo y por cualquier causa.

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 Teléfono 2280-4545.

Importante:

Conforme al artículo 1141 y 1143 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 la presente solicitud en la ciudad de Tegucigalpa, Honduras a los ____ del mes de _____ del año _____

Firma del Asegurado

Firma Autorizada