

**Código: SPN-F.BS-10**

No. de préstamo: \_\_\_\_\_

Ciudad y fecha: \_\_\_\_\_

<b>DATOS DEL ASEGURADO</b>			
Nombre completo			Fecha de nacimiento Día    Mes    Año
No. identidad	Dirección domiciliaria		
Ciudad	Teléfono domicilio	Celular	
Correo electrónico	Lugar de trabajo	Teléfono de trabajo	
Ocupación	Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Suma asegurada	
Fecha de contratación trabajo actual		No. de cuenta	

Por este medio autorizo adicionar a mi préstamo en referencia la cobertura de Seguro de Desempleo para Prestatarios y así mismo, cargar la prima correspondiente dentro de la cuota mensual de mi préstamo con Banco Ficohsa, con el objeto de recibir los beneficios contratados en cualquiera de los siguientes casos según aplique:

**A. Despido involuntario:** aplicando este únicamente si estuviere trabajando a tiempo completo para un patrono, con una antigüedad laboral igual o mayor a doce (12) meses.

**B. Declaración de Incapacidad total temporal ocasionado por un accidente:** aplicando este únicamente si fuese profesional independiente realizando funciones liberales o trabajando por cuenta propia como propietario de un negocio a tiempo completo y que al momento de solicitar el crédito no presente ninguna condición de salud preexistente producto de un accidente.

<p><b>Las coberturas</b> aplicables bajo esta póliza son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Pago de la cuota mensual del préstamo, hasta 6 cuotas mensuales</li> <li>■ Renta alimenticia mensual por L2,000.00, hasta por 5 meses</li> </ul> <p><b>Periodo de Carencia:</b> únicamente aplica a partir de la fecha en que se adquiere esta cobertura. El pago de las coberturas aplicará luego de haber transcurrido un periodo de carencia de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Noventa (90) días si el seguro es a solicitud del prestatario.</li> </ul> <p>Esta carencia no aplica en los casos de reclamo de cobertura por Incapacidad Total Temporal por Accidente.</p> <p><b>Deducible:</b> La indemnización iniciara luego de aplicado el deducible a cada cobertura según detalle siguiente:</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">Cobertura</th> <th style="text-align: center;">Deducible</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">Pago de cuotas mensuales</td> <td style="text-align: center;">30 días</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Renta alimenticia mensual</td> <td style="text-align: center;">60 días</td> </tr> </tbody> </table> <p><b>Responsabilidad del Asegurado:</b> Es responsabilidad del asegurado informar a la aseguradora sobre la suspensión de la Incapacidad o la contratación de un nuevo empleo, según aplique, durante el periodo de cobertura, ya que al ocurrir cualquiera de éstos eventos el pago de la indemnización será suspendida por parte de la compañía de seguros.</p>	Cobertura	Deducible	Pago de cuotas mensuales	30 días	Renta alimenticia mensual	60 días
Cobertura	Deducible					
Pago de cuotas mensuales	30 días					
Renta alimenticia mensual	60 días					

De conformidad con el artículo 729 del Código de Comercio, si el contratante del seguro o asegurado no estuviere de acuerdo con los términos del contrato suscrito o póliza emitida por la compañía y detalladas en documento adjunto, podrá resolverlo dentro de los quince (15) días siguientes a la fecha en que la hubiere recibido, si no concordare con los términos de su solicitud. En el mismo plazo podrá solicitar la rectificación del texto en lo referente a las condiciones especiales del contrato. El silencio se entenderá como conformidad con las condiciones de la póliza o contrato.

Manifiesto que he leído los términos y condiciones generales y particulares de la póliza, los cuales forman parte integral del contrato y estoy de acuerdo con ellos

Firma autorizada de Banco Ficohsa

Firma del Asegurado

Hago constar que recibo en este acto, copia del presente consentimiento con el condicionado del seguro de desempleo o incapacidad total temporal por accidente para prestatarios de Banco Ficohsa. Para tal efecto, firmo el respectivo acuse de recibo de este documento, el cual he leído y aceptado sus estipulaciones.

Asegurado

### 1. COBERTURAS

Las coberturas aplicables son:

- Pago de la cuota del préstamo hasta por un periodo de seis (6) meses consecutivos.
- Renta alimenticia mensual por L2,000.00 mensuales hasta por un periodo de cinco (5) meses consecutivos.

Ambas coberturas aplican, siempre y cuando el asegurado se mantenga, durante el periodo de la cobertura, en cualquiera de las siguientes condiciones según aplique:

**En caso de Desempleo Involuntario:** Despido involuntario por parte del empleador siempre y cuando tenga una antigüedad laboral igual o mayor a doce (12) meses. (Aplicable a empleados por nomina)

**En caso de incapacidad:** Incapacidad Total Temporal ocasionadas por un accidente, durante el periodo de la cobertura; este evento aplica solamente para persona naturales que realice funciones liberales, trabajando por cuenta propia, independiente que haya formado su propia empresa.

### 2. EXCLUSIONES

- Pérdida del empleo del asegurado que inicie dentro del periodo de carencia.
- Afecciones propias del embarazo, incluido parto, aborto, cesárea y sus complicaciones.
- Jubilación, pensión o retiro del asegurado.
- Perdida voluntaria del trabajo o renuncia.
- Condiciones mentales del asegurado.
- Despido originado por deshonestidad, fraudes.
- En caso de desempleo, actuando como profesional independiente o propietario de un negocio.
- Despido originado por participar en paros, disputas laborales o huelgas.
- Enfermedades o lesiones.
- Servicio militar.
- Terminación de contratos de trabajo de tiempo determinado o temporales de asegurado.
- Cuando exista mora en sus obligaciones con la institución financiera, imputable al asegurado.
- Intoxicación alcohol, drogas.
- Cuando el asegurado sea un funcionario de gobierno o empleados Públicos, cualquiera que sea la dependencia estatal, a menos que trabaje en una institución descentralizada del gobierno.

#### Por Incapacidad Total Temporal por Accidente

- Lesiones y afecciones auto infligidas.
- Condiciones preexistentes cuando el deudor asegurado se encuentra de licencia sin disfrute de sueldo.
- Servicio militar.
- Actos delictivos intencionales de cualquier tipo, en los que participe directamente el asegurado.
- Intoxicación alcohol, drogas.
- Afecciones propias del embarazo, incluido parto, aborto, cesárea y sus complicaciones.
- Cuando exista mora en sus obligaciones con la institución financiera, imputable al asegurado.
- Actividades peligrosas como la manipulación de explosivo o armas de fuego.
- Esta póliza no ampara accidente que se originen por participar en actividades como:
  - Aviación privada, en calidad de tripulante pasajero o mecánico.
  - Pruebas con contiendas de velocidad, resistencia o seguridad en vehículos de cualquier tipo.
  - Paracaidismo, buceo, alpinismo, esquí o cualquier tipo de deporte extremo.

### 3. CAUSAS DE TERMINACIÓN DEL SEGURO

Fallecimiento del Deudor-Asegurado.

- Incapacidad total y permanente del Deudor-Asegurado.
- Falta del pago de la prima en el periodo correspondiente.
- Al llegar a la edad indicada en la póliza.
- Cancelación del préstamo a término.
- Cancelación del préstamo de forma anticipada.

### 4. ASPECTOS RELEVANTES

- Todo reclamo debe ser presentado y documentado en un periodo máximo de quince (15) días posterior a la fecha del despido o la declaración de la incapacidad.
- El pago de una segunda indemnización aplica después de transcurrido un período mínimo de ciento ochenta (180) días posteriores a la fecha de inicio del nuevo contrato laboral.
- De ser un préstamo mancomunado, se agregara únicamente al titular principal del préstamo, definido por mutuo acuerdo entre el banco y el cliente.

### 4. CARENCIA

Periodo de días (como se menciona en el consentimiento) contados a partir de que es incluido el deudor como asegurado. Esta carencia aplica únicamente para desempleo involuntario. En el caso que el asegurado tenga un siniestro dentro del Periodo de Carencia, el siniestro no está cubierto y el asegurado puede continuar con su póliza o cancelarla y le serán devueltas las primas pagadas durante ese periodo.

### 5. DEDUCIBLE

**Aplicable para el Pago de Cuota Mensual del Préstamo:** Periodo deducible de treinta (30) días posterior inmediato a la pérdida del empleo o a la notificación de la incapacidad total temporal por el médico, durante el cual el asegurado no estará amparado.

**Aplicable para la Renta Alimenticia Mensual :** Periodo deducible de sesenta (60) días posterior inmediato a la pérdida del empleo o a la notificación de la incapacidad total temporal por el médico, durante el cual el asegurado no estará amparado.

### 6. RESPONSABILIDAD DEL ASEGURADO

Es responsabilidad del asegurado informar a la compañía aseguradora la suspensión de la incapacidad o la contratación de un nuevo empleo durante el periodo de cobertura ya que al ocurrir cualquiera de estos eventos, el pago de la indemnización será suspendida por parte de la compañía de seguros.

### 7. CLAUSULA ARBITRAL

Cualquier controversia o conflicto entre las partes relacionado directa o indirectamente con este contrato, inclusive de su naturaleza, interpretación cumplimiento, ejecución, o terminación del mismo, se resolverá mediante el procedimiento de arbitraje en Derecho, de conformidad con el reglamento del Centro de Conciliación y Arbitraje de la Cámara de Comercio e Industrias de Tegucigalpa.

### 8. AVISO DE SINIESTRO

El Deudor-Asegurado para acceder al beneficio de este seguro, está obligado a poner en conocimiento de El Contratante el acaecimiento de cualquiera de los eventos objeto de cobertura, tan pronto como le sea posible luego de la ocurrencia del despido.

A su vez, El Contratante está obligado a dar noticia a La Compañía del acaecimiento de cualquier evento amparado, dentro de los primeros quince (15) días calendario del mes siguiente a aquel en el cual el Deudor-Asegurado le informe la ocurrencia del mismo.

El Deudor-Asegurado deberá presentar los siguientes documentos, necesarios para acreditar la ocurrencia del siniestro:

#### En caso de Pérdida del Empleo Involuntariamente:

- a. Carta dando formal aviso del reclamo.
- b. Certificación suscrita por el empleador en donde conste:

- Nombre completo del ex empleado
- Numero de cedula
- Ultimo salario devengado
- Tiempo laborado
- Cargo desempeñado

- c. Finiquito de la hoja de liquidación de las prestaciones del asegurado.

- d. Copia del estado de cuenta del Deudor-Asegurado de los últimos tres (3) meses expedido por El Contratante en que conste el valor del crédito o préstamo personal, el saldo del mismo pendiente de pago, el valor de cada una de las cuotas mensuales a indemnizar (beneficio definido), el pago de la prima de seguros y el hecho de que el Deudor-Asegurado se encuentra al día en el pago de las cuotas de amortización del crédito o préstamo personal o de que, en caso de encontrarse en mora, esta no excede de treinta (30) días al momento de la ocurrencia del evento amparado.

- e. Declaración firmada por el Asegurado, confirmando que sigue desempleado por un periodo superior a dos (2) meses. Esta declaración deberá ser presentada mensualmente.

#### En caso de Incapacidad Total Temporal por Accidente:

- a. Carta dando formal aviso de la incapacidad temporal por accidente.
- b. Presentar el informe médico y copia simple de exámenes médicos, de laboratorio y del diagnóstico completo que comprueben la incapacidad, las constancias médicas y/o testimoniales de su comienzo y causa que ocasionaron la incapacidad, indicando la fecha de inicio de la incapacidad.
- c. Informe de la policía en caso que éstos se hubieron hecho presentes al lugar del accidente.
- d. Facilitar cualquier comprobación de parte de facultativos designados por La Compañía.

- e. Copia del estado de cuenta del Deudor-Asegurado de los últimos tres (3) meses expedido por El Contratante en que conste el valor del crédito o préstamo personal, el saldo del mismo pendiente de pago, el valor de cada una de las cuotas mensuales a indemnizar (beneficio definido), el pago de la prima de seguros y el hecho de que el Deudor-Asegurado se encuentra al día en el pago de las cuotas de amortización del crédito o préstamo personal o de que, en caso de encontrarse en mora, esta no excede de treinta (30) días al momento de la ocurrencia del evento amparado.

Cuando el reclamo es superior a dos (2) meses, el Deudor-Asegurado debe remitir adicionalmente y mensualmente a La Compañía una carta declaración jurada adonde menciona que continua incapacitado(a). El Deudor-Asegurado puede encontrar el formato de la carta en Servicio al Cliente de Banca Seguros.

El Contratante y el Deudor-Asegurado están obligados a suministrar a La Compañía, a su pedido, la información necesaria para verificar el siniestro y a permitirle las indagaciones necesarias para tal fin. La Compañía puede requerir prueba instrumental, en cuanto sea razonable a El Contratante, al asegurado, o en su caso, al beneficiario.

El Deudor-Asegurado pierde el derecho a ser indemnizados si deja de cumplir maliciosamente el suministro de la información necesaria o exageran fraudulentamente los daños o emplean pruebas falsas para acreditarlos.