

Código: SPN-F.BS-12

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

DATOS DEL ASEGURADO					
Nombre				Fecha de Nacimiento Día / Mes / Año	
Sexo Femenino ☐ Masculino ☐		Estatura Mts.	Peso Lbs.	No. Identidad	
Dirección Domiciliaria			Ciudad	Teléfono de Casa	
Celular		Correo Electrónico		Lugar de Trabajo	
Teléfono de Trabajo		Ocupación	Suma Asegurada L.	Fecha inicio cobertura (Igual a Fecha Desembolso)	Día / Mes / Año

Beneficiario Preferencial por el Saldo de la Deuda: **Banco Ficohsa**

BENEFICIARIO (S) POR EL REMANENTE (SUMA ASEGURADA INICIAL MENOS EL SALDO ADEUDADO A LA FECHA DEL FALLECIMIENTO)						
Nombre y Apellidos Completos	Parentesco	Cedula	Fecha de Nacimiento			Porcentaje
			Día	Mes	Año	

DECLARACIÓN DEL ASEGURADO

A. Autorizo por la presente a cualquier médico, profesional de la salud, hospital, clínica u otra facilidad médica o medicamento 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 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.

Este certificado es valedero 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 Tegucigalpa M.D.C. a los ____ días del mes de _____ de _____

Asegurado (Cliente Titular)

Firma Autorizada

1. EI CONTRATO

La carátula de la póliza, las condiciones generales, la solicitud- certificado, anexos y endosos que se adhieran a la póliza constituyen el contrato de seguro entre el asegurado y la compañía de seguros, siendo necesario para su validez que la solicitud-certificado de seguros contenga la firma de aceptación del asegurado y del representante legal de la Compañía de seguros.

2. PAGO DE PRIMAS

Las primas se causan y vencen al momento de otorgar la cobertura.

3. VIGENCIA

La vigencia de la cobertura será a partir de la fecha de activación del crédito y con renovación anual sujeta a las condiciones negociadas en cada periodo, hasta el vencimiento y/o cancelación definitiva del crédito.

4. LÍMITES DE EDAD

- Edad mínima de ingreso a los 18 años
- Edad máxima de ingreso a los 70 años
- Edad máxima de permanencia; al cumplimiento de los 75 años.

5. COBERTURAS

5.1 Muerte por Cualquier Causa: En caso de muerte por cualquier causa o muerte accidental de un asegurado, la compañía pagará al contratante de la póliza, el saldo de la deuda; siempre y cuando existan saldos pendientes al momento de ocurrido el fallecimiento.

El pago de la indemnización por muerte será realizado por la Compañía, una vez documentado el reclamo de acuerdo a los requisitos establecidos en la póliza, y confirmada la cobertura.

Del monto de la suma asegurada original, la Compañía pagará de manera preferente el saldo de la deuda al contratante de la póliza, siempre y cuando existan saldos pendientes de pago, si existiera diferencia entre el saldo de la deuda y la suma asegurada contratada, esta será pagada a él o los beneficiarios designados por el asegurado en la solicitud de seguro y se indemnizara a éstos, una vez que la Compañía haya recibido la documentación correspondiente.

A falta de beneficiarios designados, el monto de la indemnización se pagará a los herederos por ley, en los porcentajes establecidos por la ley, debiendo presentar la declaratoria de herederos emitida.

5.2 Incapacidad Total y Permanente: En casos de incapacidad total y permanente a consecuencia de un accidente o enfermedad que lo inhabilite para efectuar su trabajo u otro por el cual pudiera recibir alguna remuneración, la Compañía pagará a BANCO FICOHSA el saldo de la deuda si existiera en la fecha en que sea declarada la incapacidad.

De existir remanente o diferencia entre la suma asegurada y el saldo de la deuda, esta diferencia se pagará al asegurado en rentas mensuales por un periodo de 12 meses a partir del momento de haber sido aceptadas las pruebas que demuestren la incapacidad.

El pago de la indemnización por incapacidad total y permanente será realizado por la Compañía, una vez documentado el reclamo de acuerdo a los requisitos establecidos en la póliza, y confirmada la coberturas, después de haber transcurrido por lo menos 6 meses consecutivos desde la fecha en que ha sido declarada la Incapacidad Total y Permanente por el IHSS, o por el médico designado por la Compañía (en caso que el asegurado no esté afiliado al Instituto Hondureño de Seguridad Social) siempre y cuando la condiciones de incapacidad total y permanente persista.

Una vez que la Compañía hubiere efectuado el pago del seguro por incapacidad total y permanente, el asegurado será excluido de la póliza y no será elegible nuevamente en la misma.

El beneficio de incapacidad total y permanente por enfermedad o accidente finaliza al cumplimiento de los 65 años de edad.

5.3 Suicidio: cubierto desde el 1er día del ingreso del asegurado a la póliza.

6. EXCLUSIONES

- Guerra declarada o no, huelgas, motines, revolución o -tumultos populares.
- Cometer delito o acciones que infrinjan las leyes.
- Participación en competencias de alto riesgo.
- Fenómenos de la naturaleza de carácter catastrófico.
- La incapacidad a consecuencia del consumo de bebidas embriagantes (alcoholismo), uso de drogas o estupefacientes.

7. OTRAS CONDICIONES

La cobertura se otorga las 24 horas del día dentro y fuera de la ocupación laboral.

8. CAUSAS DE TERMINACIÓN DE LA COBERTURA

- Por muerte del asegurado.
- Por incapacidad total y permanente del asegurado que le imposibilite realizar actividades con fines de remuneración o ganancia.
- A solicitud del contratante.
- Por terminación de la vigencia del seguro.
- En la fecha en que se cancele el crédito que dio origen al seguro.
- Al cumplimiento de los 75 años, edad máxima de permanencia en la póliza.

9. PAGO DE INDEMNIZACIÓN:

Documentos que deben acompañarse en la reclamación de la cobertura:

9.1 En caso de Muerte:

- a.** El contratante deberá notificar a la compañía del siniestro ocurrido, en un plazo no mayor de 30 días contados a partir de la fecha en que tengan conocimiento del mismo.
- b.** Certificado de defunción original extendido por el Registro Nacional de las Personas.
- c.** Certificado de nacimiento o copia de la tarjeta de identidad del fallecido.
- d.** Certificación del médico que le asistió por la causa de muerte o del médico forense, donde especifiquen la causa de la muerte.
- e.** Certificado de la autoridad competente que describa los hecho y la causa de la muerte.
- f.** Documentos probatorios de la deuda, como ser: Contrato de préstamo, estado de cuenta que indique los saldos adeudados a la fecha de la reclamación, debidamente firmado y sellado por el encargado de créditos de “BANCO FICOHSA” o por el Contador General de la misma.
- g.** Copia de la tarjeta de identidad de el o los beneficiarios designados por el asegurado y en el caso de los menores de edad certificado de nacimiento original.
- h.** Documentación complementaria tales como: Parte de transito, certificación de policía o del juzgado competente y cualquier otro documento que la compañía considere necesario.

9.2 En caso de Incapacidad Total y Permanente.

- a.** Certificación de incapacidad total y permanente extendida por el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) o por el Médico designado por la Compañía de Seguros, este ultimo cuando el asegurado no sea afiliado al Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS).
- b.** Documentos probatorios de la deuda, como ser: Contrato de préstamo, estado de cuenta de los saldos adeudados a la fecha de la reclamación, debidamente firmado y sellado por el encargado de créditos de “BANCO FICOHSA” o por el Contador General de la misma.
- c.** Copia de la tarjeta de identidad.
- d.** Documentación complementaria tales como: Parte de transito, Certificación de Policía o del juzgado competente y cualquier otro documento que la compañía considere necesario.

10. AGRAVACIÓN DEL RIESGO: El Asegurado deberá comunicar a la Compañía toda circunstancia de agravación (es) de riesgo (s) aun cuando fuere (n) temporal (es), que pudiera (n) afectar la base de contratación de la póliza o que de haber sido conocidas por la compañía no habría dado su consentimiento para la celebración del contrato o la habría dado en condiciones diferentes, esta comunicación debe ser realizada por el asegurado a la compañía de manera escrita en las veinticuatro (24) horas siguientes al momento en que las conozca o deba conocer. La falta de esta comunicación faculta a la compañía a dar por terminada la cobertura; la responsabilidad de la compañía concluirá 15 días después de haber comunicado su resolución al asegurado.

11. EXCLUSIÓN LA/FT: El presente contrato se dará por terminado de manera anticipada en los casos que el asegurado, el contratante y/o el beneficiario sea condenado mediante sentencia firme por algún tribunal nacional o de otra jurisdicción por los delitos de Narcotráfico, Lavado de Dinero, Financiamiento del Terrorismo, Financiación de la Proliferación de Armas de Destrucción Masiva, o cualquier otro delito de crimen o delincuencia organizada conocidos como tales por Tratados o Convenios Internacionales de los cuales Honduras sea suscriptor; o que el beneficiario o Contratante del seguro se encuentren incluidos en las listas de entidades u organizaciones que identifiquen a personas como participantes, colaboradores, facilitadores del crimen organizado como ser las listas OFAC (Office Foreing Assets Control) y la lista de Designados por la ONU, entre otras. Este endoso se adecuara en lo pertinente a los procedimientos especiales que podrían derivarse de la Ley Especial contra el Lavado de Activos, Ley sobre el Uso Indebido y Tráfico Ilícito de Drogas y Sustancias Psicotrópicas, Ley Contra el Financiamiento del Terrorismo, Ley sobre Privación Definitiva del Dominio de Bienes de origen Ilícito y sus respectivos Reglamentos, en lo relativo al manejo , custodia de pago de primas y de siniestros sobre los bienes asegurados de personas involucradas en ese tipo de actos; sin perjuicio de que la Aseguradora deberá informar a las autoridades competentes cuando aplicare esta cláusula para la terminación anticipada del contrato.

12. SOLUCIÓN DE CONTROVERSIA: Cualquier controversia o conflicto entre las instituciones de seguro y sus contratantes sobre la interpretación, ejecución, cumplimiento o término del contrato, podrán ser resueltos, a opción de las partes, por la vía de la conciliación, arbitraje o por la vía judicial. El sometimiento a uno de estos procedimientos, será de cumplimiento obligatorio hasta obtener el auto arbitral o sentencia basada en autoridad de cosa juzgada, según sea el caso

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, 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 la póliza o contrato.