

Código: SPN-F.GTP-68

La información suministrada a continuación debe ser escrita a puño y letra del solicitante sin alteraciones ni tachaduras.

I. Datos Generales del Tomador de Seguro

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Apellido casada
Cédula de Identidad <input type="checkbox"/>	Carnet de residencia <input type="checkbox"/>	Pasaporte <input type="checkbox"/>	No. Identificación	
Lugar de nacimiento:	Fecha de nacimiento:	Día	Mes	Año
Nacionalidad:	Profesión u oficio:	Edad:	Sexo: Masc. <input type="checkbox"/>	Fem. <input type="checkbox"/>
Estado Civil: Soltero(a) <input type="checkbox"/>	Casado(a) <input type="checkbox"/>	Divorciado(a) <input type="checkbox"/>	Union libre <input type="checkbox"/>	Viudo(a) <input type="checkbox"/>
Estatura en metros:	Peso en libras:			
Fuma: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Cuántos cigarrillos al día?	Ingiere bebidas alcohólicas: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Con que frecuencia?	
Deportes o Hobbies:				
A su juicio, ¿Le exponen sus actividades habituales a un riesgo o peligro en particular?				
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:		
Detallar fuente de ingreso de donde pagará la póliza a contratar:				
Ingresos (sueldos, honorarios, dividendos, rentas, etc.) Anual / año anterior (US\$):				
Ingreso anual / Año actual (US\$):				
Otras ocupaciones y empleos en los últimos 3 años:				
Nombre completo del cónyuge:				
Nombre de la empresa donde trabaja:			Cargo que desempeña:	
Teléfono:	Celular:	E-mail:		

II. Dirección de Residencia del Contratante

País:	Departamento:	Ciudad/Municipio:		
Colonia:	Calle:	Avenida:	Bloque:	Casa No.
Detallar dirección:				
Teléfono:	Celular:	E-mail:		

III. Dirección de Trabajo del Contratante o de la Empresa

País:	Departamento:	Ciudad Municipio:		
Colonia:	Calle:	Avenida:	Bloque:	Casa No.
Detallar dirección:				
Teléfono:	Celular:	E-mail:	Sitio web:	

IV. Otros

Motivo del seguro:
Contratante (Si no se trata del mismo asegurado, explicar ampliamente):

V. Donde desea recibir la correspondencia: Residencia Trabajo

VI. Patrimonio (indicar valor real US\$):

Bienes Mobiliarios:	Bienes Inmobiliarios:
Otros activos (inversiones bancarias, etc.):	

VII. Pasivo (indicar valor real US\$):

Obligaciones Hipotecarias:	Créditos pendientes de reembolso:
Otros pasivos (especifique):	

DETALLE DE COBERTURA

Moneda: HNL US\$ Suma Asegurada: _____
 Prima: _____
 Plazo del préstamo: _____

PARA USO EXCLUSIVO DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS

Vigencia de: _____ al: _____
 Producto: _____

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	Parentescos	Fecha de Nacimiento			Porcentaje
		Día	Mes	Año	

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN DEL ASEGURADO

- 1) Que la actividad a la que me dedico es licita y normal y no genera riesgo o peligro inminente para mi vida y que a la fecha de suscribir este seguro gozo de buena salud y no estoy incapacitado, que no padezco ni he padecido de afecciones crónicas o graves en mi salud.
- 2) 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 .
- 3) 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.
- 4) Estoy de acuerdo en que este certificado y sus coberturas queden 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 .
- 5) Declaro que conozco y acepto las condiciones generales y endosos de la póliza, si los hubiere, sobre el cual se emite el presente certificado individual de seguro y estoy de acuerdo con sus términos, condiciones, coberturas, limitaciones y exclusiones.

En fe de lo cual se firma el presente Contrato en _____ a los _____ días del mes de _____
 del 20 _____ que es la fecha de expedición.

ASEGURADO _____

FIRMA AUTORIZADA BANCO FICOHSA _____

ESPACIO PARA ANOTACIONES DE LA COMPAÑÍA

Condiciones Generales

1. EL CONTRATO

La caratula 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, la prima será pagadera de forma anual.

3. VIGENCIA

La vigencia de la cobertura será a partir de la fecha de activación del crédito y con renovación anual automática 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 a BANCO FICOHSA, 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 a BANCO FICOHSA, 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 indemnizará a éstos, una vez que la Compañía haya recibido la documentación correspondiente.

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, el pago será efectivo 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, la póliza será cancelada y no será elegible nuevamente en la misma u otra cobertura.

Suicidio: estará cubierto a partir del 2do año de continua cobertura en la póliza.

6. OTRAS CONDICIONES

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

7. 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.
- Por solicitud de la entidad financiera.
- 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.

8. 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.
- Si una enfermedad Terminal resulta a consecuencia del consumo de bebidas embriagantes (alcoholismo), uso de drogas o estupefacientes.
- Personas que se encuentren en estado de embarazo al momento de solicitar el seguro.

9. PAGO DE INDEMNIZACIÓN:

Documentos que deben acompañarse en la reclamación de la cobertura:

Condiciones Generales

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 hechos 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 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 tránsito, 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 último 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 tránsito, Certificación de Policía o del juzgado competente y cualquier otro documento que la compañía considere necesario.

10. Solución de Controversias: 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.

11. 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.