

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

Datos del solicitante del asegurado

Nombres y apellidos completos				
Fecha de nacimiento Día / Mes / Año	Lugar de Nacimiento	Sexo F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Estatura Mts.	Peso Lbs.
No. identidad		Nacionalidad		
Dirección domiciliaria				
Ciudad	Teléfono casa		Celular	
Correo Electrónico	Lugar de trabajo		Teléfono de trabajo	
Dirección de trabajo				
Tiempo de Laborar	Cargo	Ingreso mensual	Origen de los recursos	
Ocupación, Profesión, Oficio o Actividad Económica		Fecha de desembolso del préstamo Día / Mes / Año	Suma asegurada inicial	
Estado civil Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/>	Nombre completo del cónyuge			

¿Desempeña o ha desempeñado un cargo público en los últimos cuatro años? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	(Si aplica) Cargo:	(Si aplica) Institución:
--	-----------------------	-----------------------------

Declaratoria del Beneficiario:

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	Cédula	Parentesco	Porcentaje

Declaración del asegurado

A. ¿Ha padecido o padece, ha sido diagnosticado, ha tenido resultados positivos o ha recibido o va a recibir tratamientos por alguna de las enfermedades siguientes? **Si o No**

A.1- ¿Cáncer, tumores, melanoma, displasia de cuello uterino moderada o severa, Epiteliomas u otro tipo de enfermedad Oncológica?

Si ha contestado afirmativamente, especifique:

Detallar enfermedad (es)	Nombre del médico tratante	¿Cuándo iniciaron los síntomas?	¿Duración?	¿Secuela?

A.2- ¿Derrame cerebral, aneurisma, malformaciones arterio-venosa, epilepsia, parálisis, hipertensión arterial, colesterol o triglicéridos elevados, arritmia, angina de pecho, infarto al miocardio u otra enfermedad Cardio o Cerebrovascular?

Si ha contestado afirmativamente, especifique:

Detallar enfermedad (es)	Nombre del médico tratante	¿Cuándo iniciaron los síntomas?	¿Duración?	¿Secuela?

A.3- ¿Diabetes, Insuficiencia Renal, Agnesia Renal o glomerulonefritis?

Si ha contestado afirmativamente a una o varias de las preguntas anteriores, especifique:

Detallar enfermedad (es)	Nombre del médico tratante	¿Cuándo iniciaron los síntomas?	¿Duración?	¿Secuela?

B. ¿La actividad a la que se dedica es lícita y normal?

B.1 ¿La actividad indicada en el Inciso "B" genera riesgo o peligro inminente a su vida?

C. ¿Se encuentra en estado de embarazo? (únicamente aplica para género femenino)

Si ha contestado afirmativamente, especifique:

Nombre del médico tratante	Meses de embarazo

Declaración del asegurado

A. 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.

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, condiciones especiales 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.

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.

En testimonio de lo cual se firma la presente en la ciudad de _____ a los ___ días del mes de _____ de _____

Firma del Cliente

Firma Autorizada