SEGUROS CREFISA
Aseguramos tu tranquilidad!

SOLICITUD PARA SEGURO DE VIDA

Póliza No.		**Categoria:**	
Agencia:	**Vigencia Desde:**	**Hasta:**	**Hora:**
Persona Natural ☐	**Comerciante individual** ☐	**APNFD** ☐	**PEP** ☐

I. Datos del Autorizado para Contratar / Persona Natural			
Como aparece en el documento de identidad			
Nombres:	Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Apellido de Casada
Identidad No.:	Tipo de Identificación Tarjeta de Identidad ☐ Pasaporte ☐ Carnet Resid. ☐		
RTN No.:	Fecha de Nacimiento Día ☐ Mes ☐ Año ☐		Edad
Lugar de Nacimiento: Municipio | Departamento | País			Nacionalidad (es)
Género Masculino ☐ Femenino ☐	Estado Civil Soltero (a) ☐ Casado (a) ☐ Viudo (a) ☐ Unión Libre ☐		
Nombre completo del Cónyuge:		No. Identidad del Cónyuge	
Dirección de Residencia Completa			
Departamento:		Municipio:	
Colonia:	Calle:		Avenida:
Bloque No:	Casa No:	Teléfono Residencia No:	Numero Celular.:
Otras referencias o señas:			
Profesión u oficio:			
Origen de los Recursos			
Actividad económica principal:			
Ocupación actual: Asalariado ☐ Pensionado ☐ Ama de casa ☐ Estudiante ☐ Independiente ☐			

Si el asegurado es estudiante o ama de casa, favor proporcionar la siguiente información:
Información de la persona de quien depende económicamente

Primer Nombre:	Segundo Nombre:	Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Apellido de Casada:
No. De identidad:	Actividad económica que desarrolla:		Parentesco o Afinidad:	

Información Financiera del Asegurado y/o Representante Legal

Especifique su fuente de Ingresos: _____

Nivel aproximado de ingreso según el Salario Mínimo Mensual Vigente (actividad principal):	
De 0 – 3	☐
De 4 – 6	☐

¿Recibe ingresos diferentes a su actividad principal?
SI ☐ NO ☐

Si su respuesta es SI detalle:

Fuente de ingresos: _____

De 7 – 10	☐	Valor mensual estimado: _____
De 11-20	☐	¿Realiza transacciones en moneda extranjera?
De 21-50	☐	SI ☐ NO ☐
De 50 en adelante	☐	Tipo de Moneda: Dólar ☐ Euro ☐ Otra_____

Datos Laborales

Nombre de la empresa donde labora:	Posición / cargo que desempeña:	Tiempo de laborar en la empresa:
Dirección completa de la empresa donde labora:		

Teléfono del Trabajo:	Fax No:	Correo Electrónico:	Sitio Web:
Departamento	Municipio	Cuidad	Colonia/Barrio
Calle	Bloque	Avenida	Edificio

Específicamente detalle su fuente de ingresos:

Es usted una persona expuesta públicamente (PEP) Sí ☐ No ☐

En caso de que su respuesta sea afirmativa, completar el formulario de identificación y vinculación para personas expuestas políticamente (Nacional y extranjero)

¿Mantiene pólizas suscritas con esta u otra(s) aseguradora (s)? SI ☐ NO ☐ Especifique:

Nombre de la Aseguradora: _____

Tipo(s) de Seguro(s): _____ Suma(s) Asegurada(s): _____

Datos del Beneficiario Final

¿Actúa en nombre propio? Sí ☐ No ☐

En caso de que su respuesta sea negativa, especifique el nombre del tercero por el que actúa

Nombre completo	Identidad/R.T.N.	Parentesco	Relación (Marque con una X)	
			Financiera	Personal

II. DATOS DE LA PÓLIZA

a) RIESGOS CUBIERTOS	SUMA ASEGURADA	PRIMAS
I. Muerte	L._____	L._____
II. Pago anticipado del capital asegurado en caso de invalidez Total y permanente R.I.	L._____	L._____
III. Extra Prima	L._____	L._____
PRIMA TOTAL		L._____

b) Tipo de Plan: _____

c) Vigencia: entrará en vigor el día _____ a las 12:00 horas del mediodía

Hasta el día _____ a las 12:00 horas del mediodía

d) Dirección de cobro: _____

Teléfono:_____ Apartado Postal: _____ Fax: _____Correo Electrónico:_____

e) Forma de pago: _____

f) ¿SE TRATA ESTA SOLICITUD DE SEGUROS MANCOMUNADOS? Sí ____ No ____ ¿Con Quién?

III. BENEFICIARIOS PRINCIPALES

NOMBRE COMPLETO PARENTESCO IDENTIDAD VALOR %

_____

_____

_____

_____

_____

IV. BENEFICIARIOS POR CONTINGENCIA.

En caso de no existir los beneficiarios principales al momento del fallecimiento.

_____

_____

V. DECLARACION DE SALUD DEL SOLICITANTE

1. Peso_____ Lbs. Estatura _____ Mts.

SI NO

2. ¿Tiene usted o ha tenido alguna de las enfermedades o trastornos siguientes:

a) Afecciones de los órganos respiratorios: ¿Ronquera crónica, asma, bronquitis crónica, tos acompañada de expectoración sanguinolenta, pleuresía, neumonía, tuberculosis pulmonar? _____ ☐ ☐

b) Afecciones del aparato circulatorio: ¿Infartos, palpitaciones, opresión, síncope, angina de pecho, defecto cardíaco congénito, tensión arterial elevada, flebitis, varices? _____ ☐ ☐

c) Afecciones del aparato o del sistema nervioso: ¿Dolor de cabeza, insomnio, vértigos, desmayos, nerviosidad, epilepsia, apoplejía, parálisis, trastornos psíquicos, depresiones nerviosas, neurosis, demencia? _____ ☐ ☐

d) Afecciones del aparato digestivo: ¿Trastornos del estómago o de los intestinos, ulceras, vómitos de sangre, enfermedades del hígado, ictericia, cólicos hepáticos, hemorroides, proctitis, fistulas del recto, diarrea crónica? _____ ☐ ☐

e) ¿Enfermedades de los oídos? ¿Supuración? _____ ☐ ☐

f) ¿Enfermedades de los ojos? ¿Inflamaciones, trastornos de la vista (grado)? ____ ☐ ☐

g) ¿Enfermedades de los huesos o de las articulaciones, reumatismo, afecciones de la columna vertebral, lumbago, ciática? _____ ☐ ☐

h) ¿Enfermedad de la piel? _____ ☐ ☐

i) ¿Edema o supuración o aumento de volumen de los ganglios linfáticos? _____ ☐ ☐

j) Afecciones urinarias o de los órganos genitales: ¿Enfermedad de los riñones, de la uretra, de la vejiga o de la próstata? ¿Presencia en la orina de albumina, azúcar, sangre, pus o arenillas? _____ ☐ ☐

k) ¿Enfermedades venéreas o sea sexualmente transmisibles? _____ ☐ ☐

l) ¿Enfermedades infecciosas: ¿Escarlatina, difteria, amigdalitis de repetición, meningitis, fiebres, tifoidea, septicemia, hepatitis, SIDA, o tropicales (malaria, dengue, etc.)? _____ ☐ ☐

m) ¿Enfermedades o trastornos citados anteriormente, por ejemplo, enfermedades de la sangre, diabetes, gota, hernia, bocio, tumor, cáncer, atrofia muscular, parálisis, deformidad o mutilación de algún miembro, alergias, etc.? _____ ☐ ☐

3. ¿Padece usted alguna enfermedad o malestar físico? _____ ☐ ☐

4. ¿Ha sido usted sometido alguna intervención quirúrgica? _____ ☐ ☐

5. ¿Tiene algún otro padecimiento que declarar sobre su estado de salud? _____ ☐ ☐

6. ¿Quién es el médico que le ha tratado por última vez? ¿Cuándo? ¿Por qué? ☐ ☐

_____

7. ¿Ha sido usted víctima de amenazas o intento de asesinato? Indique cuando ☐ ☐

_____

Este producto fue autorizado y registrado por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público
Mediante Resolución No. A.L.298/93

8. ¿Consume Ud. bebidas alcohólicas? ¿Cuáles? ¿Cuantas diariamente? ☐ ☐

_____

Si ha contestado afirmativamente alguna de las preguntas anteriores, especifique detalle	**¿Cuándo? ¿Duración? ¿Secuelas?**	**Nombre y dirección del médico tratante.**

CONDICIONES GENERALES

CLAUSULA PRIMERA. - COBERTURAS.
El seguro de Vida ampara al Asegurado por:

1) MUERTE
La aseguradora se compromete a pagar a los beneficiarios la suma asegurada contratada si ocurre el fallecimiento del Asegurado durante la vigencia de la cobertura por muerte natural y accidental.

2) PAGO ANTICIPADO DEL CAPITAL ASEGURADO POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE
En caso de que el Asegurado sufra un accidente o una enfermedad que lo inhabilite para efectuar su trabajo u otro por el cual pudiera recibir alguna remuneración, **Seguros Crefisa** le otorgará una renta mensual por dos años. El monto de la renta mensual se determinará dividiendo la suma asegurada individual entre 24.

Si el Asegurado falleciere antes de percibir el total de rentas, las rentas pendientes se pagarán a los beneficiarios.

CLAUSULA SEGUNDA. - EXCLUSIONES

1) SUICIDIO.
En caso de fallecimiento del Asegurado por suicidio, en cualquier estado mental ya sea en estado de cordura o de demencia, La Compañía pagará la suma asegurada a los beneficiarios, excepto cuando el suicidio ocurra antes de haber transcurrido dos años completos ininterrumpidos de vigencia de la Póliza desde su emisión o desde su última rehabilitación, en cuyo caso la responsabilidad de La Compañía se limitará al reembolso del importe del pago de la prima.

2) TERRORISMO Y GUERRA.
Se excluye la muerte que resulte a consecuencia de actos de terrorismo perpetrados o cometidos por una o más personas que sean o no miembros de una organización, o que tengan alguna conexión o se motiven por hostilidades, acciones u operaciones de guerra, invasión o actos de enemigo extranjero haya o no declaración de estado de guerra; o en guerra intestina, revolución, rebelión, insurrección, conspiración u otros hechos o delitos contra la seguridad interior o exterior del país aunque no sean a mano armada en poder militar o usurpación de poder; o en la administración o gobierno de cualquier territorio o zona del país en estado de sitio o bajo el control de autoridades militares o en confiscación que requiera por cualquier poder civil o militar

CLAUSULA TERCERA. - CONSTITUCION DEL CONTRATO.
El contrato de seguro queda constituido por la Solicitud del Asegurado formulada a La Compañía, por las Condiciones Generales y Especiales contenidas en la presente Póliza - Certificado, y por los endosos y anexos firmados y adheridos a la misma, si los hubiere.

CLAUSULA CUARTA. - DEFINICIONES.
Para efectos de la interpretación y aplicación de este contrato de seguro, se establecen las definiciones siguientes:

1) ASEGURADO: Es la persona que está cubierta por la Póliza.

2) COMPAÑIA O ASEGURADORA: Se entiende por **Seguros Crefisa, S.A.**, y es quien emite la Póliza y asume, mediante el cobro de la prima correspondiente, la cobertura de los riesgos objeto del contrato.

3) EDAD: Se refiere a los años de vida cumplidos por el Asegurado.

4) POLIZA O CONTRATO DE SEGURO: Es el documento o conjunto de documentos que regulan la relación contractual del seguro y que están compuestos por las Condiciones Generales, Especiales si las hubiere y las Condiciones Particulares.

Este producto fue autorizado y registrado por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público Mediante Resolución No. A.L.298/93

5) **PRIMA:** Es el precio que deberá pagar el Asegurado como contraprestación para que la Aseguradora cubra los riesgos contratados mediante el contrato.

6) **SINIESTRO:** Es la ocurrencia del hecho futuro e incierto y ajeno a la voluntad del Asegurado (en la cobertura principal será la muerte del Asegurado) que, amparado por el presente seguro, obliga a la Aseguradora al pago de la suma asegurada o a la prestación prevista en el contrato (coberturas Adicionales).

CLAUSULA QUINTA. – LIMITE DE RESPONSABILIDAD
El Límite de responsabilidad máximo son las cantidades que pagará la Aseguradora por las Sumas Aseguradas contratadas y descritas en la Póliza – Certificado.

CLAUSULA SEXTA. - INDISPUTABILIDAD. Este Contrato de Seguro se basa en la solicitud del Contratante o del Asegurado y por consiguiente cualquier dato inexacto u ocultado que conocido por La Compañía la hubiere retraído a emitir o rehabilitar esta Póliza o llevado a modificar sus Condiciones, será causa de anulación de este contrato cuando se hubiere actuando con dolo o culpa grave; salvo que La Compañía al conocer la inexactitud de la declaración o la reticencia, no manifestare al Contratante o al Asegurado su deseo de impugnar el contrato dentro de los tres meses siguientes al día en que haya tenido tal conocimiento.

Si el Contratante o el Asegurado hubieren procedido sin dolo o culpa grave, las declaraciones inexactas y las reticencias no serán causa de nulidad, mediante manifestación que éste hará a La Compañía dentro de los tres meses siguientes al día en que tuviere conocimiento de la declaración inexacta o de la reticencia.

No obstante, esta Póliza será indisputable después de que haya estado en vigor, durante la vida del Asegurado, por un periodo de dos años contados a partir de la fecha de inicio de vigencia de su seguro, excepto lo dispuesto en la Cláusula Décima Séptima respecto a la declaración de edad. En ningún caso la presente Cláusula de indisputabilidad operará con referencia a cualquier anexo de la Póliza que ofrezca beneficios tales como: el caso de incapacidad total y permanente o en el evento de muerte por medios accidentales.

CLAUSULA SEPTIMA. – FORMA DE PAGO DE LAS PRIMAS.
Esta Póliza se expide en consideración al pago anticipado de primas anuales.

No se considerará como efectuado el pago de ninguna prima, a menos que este conste en el recibo oficial de La Compañía. El pago de una prima mantiene en vigencia el seguro sólo durante el periodo comprendido entre tal pago y la fecha en que deba cubrirse la siguiente prima.

Las primas deberán pagarse el día de su vencimiento o antes, y su pago deberá acreditarse por medio de recibo de La Compañía refrendado por la persona debidamente autorizada para ello.

La Compañía no estará obligada a cobrar las primas en el domicilio del Asegurado, ni a dar aviso de su vencimiento, y si lo hiciere no sentará precedente alguno de obligación.

CLAUSULA OCTAVA. – INICIO, TERMINACIÓN Y RENOVACION DEL CONTRATO.

1) **Inicio y Terminación del Contrato**: La cobertura inicia a las 12 horas del mediodía de la fecha de entrada en vigor del presente contrato el que se suscribirá por el término de un año; La Compañía puede terminar el presente Contrato, en cualquier fecha de vencimiento de pago de primas, mediante aviso escrito al Asegurado por lo menos con 30 días de anticipación.

2) **Renovación**: La Compañía renovará el presente contrato en cualquier fecha de vencimiento de pago de primas, mediante aviso escrito y previa confirmación del Asegurado con treinta (30) días de anticipación.
   La Compañía se reserva el derecho a modificar en cada renovación las Condiciones y las primas del mismo de acuerdo al análisis técnico que se realice.

3) No obstante, las partes convienen que al darse por terminado el Contrato de Seguro de forma anticipada se aplicará lo previsto en los artículos 1133, 1134 y 1165 de Código de Comercio. Y si por otras circunstancias ajenas a su voluntad el Asegurado decide rescindir el contrato, La Compañía devolverá la prima no devengada aplicando la tarifa para seguro de corto plazo

CLAUSULA NOVENA. - CAMBIO DE BENEFICIARIO.
El Asegurado, en cualquier tiempo durante la vigencia de esta Póliza, podría cambiar el beneficiario o beneficiarios sin necesidad del consentimiento de éstos, siempre que lo notifique por escrito a La Compañía y ésta haga constar el cambio en la Póliza.

Sin embargo, si la designación del beneficiario fuese con carácter irrevocable, además de la autorización de dicho beneficiario, el Asegurado tendrá que notificárselo a La Compañía para realizar la anotación en la Póliza correspondiente. La sustitución de beneficiarios

será registrada en la oficina principal a fin de que tenga validez. Una vez registrada, surtirá efecto desde la fecha de notificación, sea que el Asegurado viviera o no entonces, pero sin ningún perjuicio para La Compañía por cualquier pago efectuado antes de tener conocimiento de la modificación.

Si hubiere varios beneficiarios designados y alguno de ellos muriese antes que el Asegurado, la suma asegurada se distribuirá únicamente entre los beneficiarios sobrevivientes, en la siguiente forma: por partes iguales si no se hubiere señalado cuota; y en proporción a sus respectivas cuotas, en caso de haberlas, todo ello sin perjuicio de pacto en contrario. Si ningún beneficiario sobreviviese al Asegurado, o si este hubiese fallecido sin haber designado beneficiario, la suma asegurada se pagará a quienes fueren declarados judicialmente herederos del Asegurado.

CLAUSULA DECIMA. – AGRAVACION DEL RIESGO.
Si el Asegurado, durante la vigencia de esta Póliza, cambiara de profesión o llegara a ejercer su profesión dentro de Condiciones distintas de las que indicó en su solicitud; si estableciera su domicilio definitivo fuera de Honduras, es decir, si llegara a modificarse el riesgo en una u otra forma, tal hecho debe ser comunicado dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que las conozca a La Compañía mediante carta con acuse de recibo.

Si las modificaciones constituyeran una agravación esencial del riesgo, La Compañía tendrá la facultad de rescindir el contrato, sin embargo, la responsabilidad de la Aseguradora concluirá quince (15) días después de haber comunicado su resolución al Asegurado; o podrá modificar la prima por el período que falta hasta el vencimiento del seguro, según la tarifa de riesgo vigente. Si el Asegurado no aceptara tal modificación de las primas, la Póliza será cancelada y, en tal caso, La Compañía devolverá la parte de la prima que corresponda al período no transcurrido del seguro. En cambio, si las modificaciones constituyen una disminución del riesgo, el Asegurado tendrá derecho a una disminución de la prima de acuerdo con la tarifa vigente.

CLAUSULA DECIMA PRIMERA. – PRUEBA DE FALLECIMIENTO.
La comprobación del fallecimiento del Asegurado se hará utilizando los formularios que proporcionará La Compañía para este objeto, de conformidad con las instrucciones en ellos contenidas, acompañando cualesquiera otros documentos solicitados.

CLAUSULA DECIMA SEGUNDA. - REQUISITOS PARA EL PAGO DE UN SINIESTRO.

Al recibir la notificación por la muerte del Asegurado, para efectos de solicitar a La Compañía la indemnización de Suma Asegurada será requisito la presentación de los siguientes documentos originales:

1) Fotocopia de la tarjeta de identidad del fallecido o partida de nacimiento original.
2) Certificado de Defunción extendido por el Registro Nacional de las Personas.
3) Certificación médica que indique la causa de la muerte.
4) Certificado de la Autoridad que se hizo presente en el caso que la muerte fuese accidental, homicidio o suicidio.
5) Fotocopia de la tarjeta de identidad de los beneficiarios, si los beneficiarios fuesen menores de edad, será necesario presentar partida de nacimiento de cada uno y fotocopia de la tarjeta de identidad del Representante Legal.

En caso de Incapacidad Total y Permanente se deberá presentar:

1) Dictamen del IHSS constatando la Incapacidad Total y Permanente en un 100% de Invalidez.
2) Certificación de nacimiento o Tarjeta de Identidad del Asegurado.
3) Certificación Médica indicando causas de la Incapacidad Total y Permanente.
4) Documentos probatorios del Saldo Capital de Deuda.

Facilitar a La Compañía toda la información que esta requiera en relación con el reclamo; así como concederle autorización para obtenerla de otras fuentes. La Compañía queda facultada para realizar las inspecciones que sean necesarias para la evaluación y resolución del caso.

CLAUSULA DECIMA TERCERA. - LUGAR DE PAGO DE LAS INDEMNIZACIONES.
El pago de cualquier indemnización en virtud de este contrato, lo hará La Compañía en su domicilio social, en la ciudad de Tegucigalpa, salvo aquellos casos en que previa autorización de ésta, puedan hacerse en algunas de sus Agencias o Sucursales.

CLAUSULA DECIMA CUARTA. - PRESCRIPCION.
Todas las acciones que se deriven de éste Contrato prescribirán en tres (3) años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen. El plazo a que se refiere esta cláusula no correrá en caso de omisión falsa o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que La Compañía haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en el que haya llegado a conocimiento de los interesados quiénes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban de dicha realización.

Este producto fue autorizado y registrado por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público
Mediante Resolución No. A.L.298/93

La prescripción se interrumpirá por el nombramiento de peritos para el ajuste del siniestro o al entablarse acción judicial.

CLAUSULA DECIMA QUINTA. - CONCILIACION Y ARBITRAJE.
Cualquier controversia o conflicto entre las partes relacionadas directa o indirecta con este contrato, ya sea de naturaleza, interpretación, ejecución, cumplimiento o terminación del mismo, se resolverá mediante el proceso de Conciliación y Arbitraje de conformidad con lo establecido en la Ley de Conciliación y Arbitraje vigente, el fallo que se emita mediante éste proceso es definitivo e inapelable, de aceptación inmediata y obligatorio su cumplimiento a las partes, ya que produce efecto de cosa juzgada.

Los gastos y los costos que pudieran producirse en el proceso del arbitraje estarán a cargo de La Compañía y del Asegurado por partes iguales.

CLAUSULA DECIMA SEXTA. - COMUNICACIONES.
Toda solicitud o comunicación a La Compañía, relacionada con la Póliza deberá hacerse directamente y por escrito a su domicilio social en la ciudad de Tegucigalpa, Municipio del Distrito Central, o en sus Sucursales o Agencias autorizadas.

Las comunicaciones o notificaciones que La Compañía tenga que hacer al Asegurado serán enviadas por escrito al último domicilio de éste conocido por La Compañía.

CLAUSULA DECIMA SEPTIMA. - EDAD.
La edad de ingreso y permanencia para cada una de las coberturas es la siguiente:

1) **Muerte**
   De 18 a 65 años de edad, renovable hasta el cumplimiento de los 75 años.

2) **Pago Anticipado del Capital Asegurado por Incapacidad Total y Permanente:**
   De 18 a 65 años de edad.

La edad declarada por el Asegurado deberá comprobarse en forma fehaciente antes de que La Compañía efectúe cualquier pago en relación con la presente Póliza. Si la comprobación se hiciere en vida del Asegurado, La Compañía expedirá la respectiva constancia y no podrá exigir nuevas pruebas para efectuar cualquier pago.

Si la edad verdadera fuese distinta de la declarada, pero encontrándose comprendida en los límites de aceptación de La Compañía, se procederá de conformidad a lo dispuesto en los Artículos 1231 y 1232 del Código de Comercio.

Si de la mencionada comprobación resultare que la edad verdadera del Asegurado al emitirse esta Póliza, se encontraba fuera de los límites de aceptación establecidos por La Compañía, el contrato del seguro quedará rescindido, La Compañía no asumirá ninguna responsabilidad por el acaecimiento del riesgo y los Beneficiarios no tendrán derecho a la devolución de las primas que hubiese pagado.

CLAUSULA DECIMA OCTAVA. - PERIODO DE GRACIA.
Vencida una prima, el Asegurado disfrutará de un período de gracia de treinta (30) días, sin cargo de intereses, para el pago de la siguiente prima. La Póliza continuará en pleno vigor durante este período de gracia; pero en caso de muerte del Asegurado durante estos treinta días, la prima en descubierto será deducida del pago que La Compañía tuviere que hacer. Si al terminar el periodo de gracia la prima no ha sido pagada, esta Póliza se cancelará sin necesidad de aviso o declaración especial.

CLAUSULA DECIMA NOVEVA. - MODIFICACIONES.
En los términos de ésta Póliza quedan definidos los pactos entre La Compañía y el Asegurado, no reconociéndose por lo tanto validez a ninguna modificación que no esté consignada en ella, a menos que conste por escrito debidamente autorizado por La Compañía.

Los agentes no están facultados para modificar las Condiciones de la Póliza.

CLAUSULA VIGESIMA. - CESION EN GARANTIA.
Esta Póliza puede ser cedida en garantía a terceras personas, traspasándose automáticamente los derechos del Asegurado y de los Beneficiarios, en su caso, al Cesionario, pero La Compañía no asumirá responsabilidad alguna respecto a la validez de tales cesiones.

La cesión se hará mediante una declaración suscrita por el Asegurado y el Cesionario, notificada por escrito a La Compañía, y tendrá efecto cuando esta avise a las partes manifestándoles que ha recibido la notificación. Si la suma, para cuya garantía se establezca la cesión, fuese inferior a los derechos de esta Póliza, la diferencia se pagará al Asegurado o a los beneficiarios, en su caso.

CLAUSULA VIGESIMA PRIMERA. - REPOSICION.
En caso de destrucción, robo o extravío de la Póliza - Certificado, La Compañía emitirá un duplicado, previa solicitud escrita del Asegurado, con las formalidades establecidas para este objeto, y pago de los correspondientes gastos de reposición.

Este producto fue autorizado y registrado por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público
Mediante Resolución No. A.L.298/93

CLAUSULA VIGESIMA SEGUNDA. - NORMAS SUPLETORIAS.
En lo no previsto en el presente Contrato, se aplicarán las disposiciones atenientes del Código de Comercio de la Ley de Instituciones de Seguro, y demás leyes pertinentes.

Autorizo a SEGUROS CREFISA, S.A. a acceder a la Central de Riesgos de la Comisión Nacional de Bancos y Seguros (CNBS) y a cualquier otra base de datos gubernamental o privada, para consultar datos de las obligaciones que tanto mi representada como mi persona podamos tener en el Sistema Comercial o Financiero y declaro que he sido enterado y acepto las Condiciones Generales antes descritas y que figuran en la póliza solicitada.

A) Declaraciones y Autorizaciones del Asegurado o Titular de la Póliza

Firmas

Certifico que la información brindada en esta solicitud es verídica. Asimismo, comprendo que en caso de no proporcionar la información correcta o si se comprobase que las respuestas no están sujetas a la realidad, las coberturas del seguro contratado se podrían ver afectadas, eximiendo a Crefisa Compañía de Seguros S.A. de toda obligación de indemnizar.

Autorizo a Crefisa, Compañía de Seguros S.A., registrar en la Base de Datos de la Central de Información Sistema Asegurador (CISA) cualquier reclamo presentado y amparado bajo la póliza de la cual forma parte el presente documento.

Queda entendido y convenido que la presente SolicGitud - Certificado, Carátula, Condiciones Generales y Anexos (si los hubiere) forman parte integrante del Contrato de Seguro.

Dado en la Ciudad de _____ el ____ de _____de _____.

_____	_____	_____
Firma del Solicitante (Huella digital si no puede escribir)	**Firma del Titular de la póliza (Huella digital si no puede escribir)**	**Firma y Sello Crefisa Compañía de Seguros S.A.**

_____	_____
Nombre del Intermediario	**Firma del Intermediario**
Código No _____	

_____	_____
Nombre del Oficial de Negocios	**Firma del Oficial del Negocios**

B) Declaración y origen de fondos y aceptación de cláusula.

Declaro expresamente que:

1. Tanto mi actividad, profesión u oficio es lícita y la ejerzo dentro de los marcos legales y los recursos que poseo no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el código penal hondureño.
2. La información que he suministrado en la solicitud y en este documento es veraz y verificable y me obligo a actualizarla Periódicamente.