

Código:SPN-F.GTP-102

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

DATOS DEL SOLICITANTE DEL SEGURO

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido	Apellido casada
Cedula de identidad <input type="checkbox"/>	Pasaporte <input type="checkbox"/>	No. de identificación	Lugar de nacimiento	Fecha de nacimiento Día Mes Año
Carnet de residencia <input type="checkbox"/>				
Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Nacionalidad	Profesión, Ocupación u Oficio o Actividad Económica		
Estado civil Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/>		Empresa en que labora	Cargo que desempeña	

DATOS DEL CÓNYUGE

Nombre	Empresa en que labora
Celular	Correo electrónico

DIRECCIÓN DEL ASEGURADO

País	Departamento	Ciudad/Municipio		
Colonia/ Barrio	Calle	Avenida	Bloque	Casa No.
Teléfono	Celular	Correo electrónico personal		

BENEFICIARIO DEL SEGURO DE VIDA

Nombre completo	Parentesco	Fecha de nacimiento	Porcentaje

BENEFICIARIO DEL SEGURO DE VIDA

En caso de fallecimiento de él (los) beneficiario(s) de la suma asegurada, nombre como beneficiario(s) de contingencia a:

Nombre completo	Parentesco	Fecha de nacimiento	Porcentaje

DECLARATORIA DEL ASEGURADO:

A. 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 exime de toda obligación a indemnizar.

B. Declaro que he leído, conozco y acepto las condiciones generales, condiciones especiales y endoso 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 he recibido en este acto, copia del presente certificado de seguro. Esta solicitud es valedera únicamente si está registrada en Ficohsa Seguros.

En testimonio de la cual firmo la presente en la ciudad de _____ a los ____ días del mes de _____ de _____

Firma Cliente

Firma Autorizada