

La siguiente solicitud deberá ser completada con letra de molde, no debe usarse comillas, ni rayas y tiene que escribirse a puño y letra del solicitante.

Código: SPN-F.GTP-57

A. Datos del asegurado

Para uso exclusivo de la compañía	Código de Contratante:	No. de Solicitud:	No. de Póliza:
-----------------------------------	------------------------	-------------------	----------------

I. Datos Generales del Tomador del Seguro
Datos Persona Natural

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Apellido de casada	Identidad <input type="checkbox"/> Carnet de residencia <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/>	No. de documento	Fecha de vencimiento del documento Día Mes Año
RTN contratante natural o representante legal	Lugar de nacimiento	Fecha de nacimiento Día Mes Año	Edad Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Nacionalidad			
1	2	3	
Profesión, ocupación, oficio o actividad económica	Estado civil Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Union libre <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/>		
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:	Origen de los recursos		
Nivel aproximado de ingresos mensuales			
L0.00 - L27,000.00 <input type="checkbox"/> L27,000.01 - L53,000.00 <input type="checkbox"/> L53,000.01 - L89,000.00 <input type="checkbox"/> L89,000.01 - L177,000.00 <input type="checkbox"/> L177,000.01 - L442,000.00 <input type="checkbox"/> Mayor a L442,000.01 <input type="checkbox"/>			
¿Ejerce o ha ejercido un cargo público nacional o internacional? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Cargo:	Periodo:	Institución:
En caso de ser afirmativo completar el SPS-F.CR-01 Formulario de identificación y vinculación para personas expuestas políticamente (nacionales y extranjeros) No aplica completar formulario para el Representante Legal			
¿Actúa en nombre o representación de otra persona? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si la respuesta es Si indicar:		
Nombre completo de la persona que representa	Su relación	No. de identidad de la persona que representa	
¿Depende económicamente de otra persona? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si la respuesta es Si indicar:		
Nombre completo de la persona que representa	Su relación	No. de identidad de la persona de la que depende	
¿Cliente es APNFD? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si la respuesta es Si indicar que actividad APNFD realiza:		
APNFD = Actividades y Profesiones No Financieras Designadas.			
¿Cliente es Contratista del Estado? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			

Datos del Cónyuge

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Nombre de la empresa donde trabaja		Cargo que desempeña	
No. de Teléfono	No. de Celular	Correo electrónico	

II. Dirección de Residencia del Contratante**Dirección de cobro**

País	Departamento	Municipio	Ciudad	
Colonia	Calle	Avenida	Bloque	Casa No.
Detallar dirección				
Teléfono	Celular	Correo electrónico		

III. Dirección de Trabajo del Contratante**Dirección de cobro**

País	Departamento	Municipio	Ciudad	
Colonia	Calle	Avenida	Bloque	Casa No.
Detallar dirección				
Teléfono	Celular	Correo electrónico		

IV. Vigencia

Desde:	Al medio día	Hasta:	Al medio día
--------	--------------	--------	--------------

V. Información de Otros Seguros

¿Tiene otros seguros con la compañía? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Qué tipo de seguros?	¿Con cuál otra compañía tiene (tenía) seguros?
	¿Qué tipo de seguro?	Sumas aseguradas

B. Datos personales del Solicitante**I. Datos Personales**

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 qué frecuencia?
Deportes o hobbies				A su juicio, ¿Le exponen sus actividades habituales a un riesgo o peligro en particular? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

II. Datos Complementarios

¿Viaja usted habitualmente? ¿Adónde?
¿Trabaja manualmente? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Dirige usted trabajos? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Es zurdo?
¿Tiene usted algún impedimento o defecto físico?
¿Qué deporte practica y con qué frecuencia?
¿A cuánto asciende sus ingresos mensuales?
¿Tiene, ha tenido o esta tramitando otro seguro de Accidente Personal? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Con qué compañía y qué montos?
¿Le han rechazado alguna solicitud de Seguro de Vida o Accidente Personales en otra compañía? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Con qué compañía y qué montos?

C. Especificaciones del seguro

I. Coberturas	Sumas Aseguradas	Primas
Muerte Accidental		
Incapacidad Permanente Total		
Incapacidad Temporal por Día		
Gastos Médicos		
Total Suma Asegurada		
	Primas	
	Gastos de Emisión	
	Prima Total	

II. Beneficiarios

No.	Nombre	Identidad número	Parentesco	Edad	Porcentaje

III. Declaraciones del Solicitante

Que la actividad a la que me dedico es lícita y normal y no genera riesgo o peligro inminente para mi vida y que a la fecha de suscribir este seguro gozo de muy buena salud y que no padezco ni he padecido de afecciones crónicas graves en mi salud.

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.

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.

Autorizo a la COMPAÑÍA para que los documentos que acrediten la celebración de la póliza de seguros, incluyendo las condiciones generales o particulares, modificaciones realizadas a la misma, así como cualquier notificación o información relacionada a la operación, pueda ser remitida al correo electrónico indicado en esta solicitud.

IMPORTANTE

Conforme a los artículos 1141 y 1143 del Código del Comercio, debe declarar todos los hechos a que se refiere este cuestionario, tal y como los conozca o deba conocer en el momento de firmarlo. La omisión en las declaraciones, inexactitud o falsedad de éstas respecto de los hechos que se preguntan, origina la pérdida del derecho del solicitante o del beneficiario en su caso, a la indemnización que se derive de la póliza que se expida basada en tales declaraciones.

Lugar y Fecha:

Firmas

Nombre del Solicitante	Firma del Solicitante	Código y Firma del Intermediario