

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 |