

CONSENTIMIENTO DE SEGURO COLECTIVO DE DESEMPLEO



Me adhiero a la Solicitud y a la Póliza de Seguro Colectivo de Desempleo, contratada entre: _____ a quien conozco como **Contratante** y **FICOHSA SEGUROS, S.A.** En consecuencia, doy mi plena conformidad a todo lo actuado entre dichas partes, con relación al mencionado seguro.

I. DATOS DEL SOLICITANTE ASEGURADO

Nombres y Apellidos:		DPI	
		NIT:	
Dirección:			
Persona expuesta políticamente: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
Teléfono No.:		Celular No.:	
		Correo Electrónico:	
Territorio:		Sexo: M F	
		Edad:	
		Estado Civil:	
Lugar de Nacimiento:		Fecha de Nacimiento: Día	
		Mes	
		Año	
Facturar a:		NIT	
Ciudadano o residente permanente de Estados Unidos de América: SI NO			
Documento de identidad Green Card: SI NO			
Contribuyente del impuesto de rentas de Estados Unidos de América: SI NO			
Persona Expuesta Políticamente -PEP-: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
Parentesco con una – PEP-: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
Asociado cercano con una PEP: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			

II. DATOS LABORALES DEL SOLICITANTE ASEGURADO

Contrato de trabajo: Fijo <input type="checkbox"/> Indefinido <input type="checkbox"/> Otro: _____		
Trabajador en relación de dependencia: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Datos de la empresa dónde labora:		
Nombre:		Teléfono:
Dirección:		
Profesión u oficio:		Fecha de ingreso a la empresa:
Trabajador independiente/comercio/profesional Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Profesión/oficio/Ocupación:		
Detalle de actividades laborales:		
Dirección donde realiza actividades laborales :		
Fecha de inicio laboral :		

III. DATOS DEL CRÉDITO

Préstamo: Tarjeta de Crédito

No. de crédito: _____ Crédito por: _____ Meses
Valor de la cuota mensual asegurada: _____

Queda entendido y convenido que:

FICOHSA SEGUROS, S.A. se reserva el derecho de rechazar o aceptar cualquier solicitud de seguro.

Las respuestas y declaraciones que forman parte de mi solicitud son completas, verídicas, a mi mejor juicio y conocimiento. La omisión, falsa o inexacta declaración hecha en esta solicitud, dará derecho a la Compañía a dar por terminado el contrato de seguro.

Con presentar una fotocopia o el original de esta Solicitud autorizo:

1. A cualquier médico, profesional, hospital, clínica, entidad o persona médica o relacionada médicamente para proveer a La Aseguradora la información que ésta requiera, incluyendo registros, cuidados o tratamientos proporcionados a mí sin limitación alguna.
2. A la Aseguradora para que pueda corroborar la veracidad de toda la información, por cualquier medio legal, incluyendo la lectura del dispositivo incorporado en mi documento personal de identificación.

IV. AUTORIZACIÓN

Yo
Autorizo al Contratante para que se haga de la cuota de seguro a mi cuenta:
o cualquier otra cuenta que posea con fondos disponibles, por el importe de la prima correspondiente al plan de seguro y la periodicidad de pagos seleccionados.

Depósitos Monetario Depósito Ahorro Tarjeta de crédito Vencimiento: _____

Se firma la presente en _____ a los _____ días del mes de _____ de _____

_____ f) Asegurado

_____ f) Cuentahabiente o Tartejahabiente

DPI: _____

DPI: _____

Póliza No.:

Certificado No.

Riesgo:

Este texto es responsabilidad de la Aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 1352-2019 del 3 de octubre de 2019, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.