

# SOLICITUD DE SEGURO COLECTIVO DE DESEMPLEO



<b>I. DATOS DE LA SOLICITUD</b>				
Solicitud No.:				
Por medio de la presente solicito a <b>FICOHSA SEGUROS, S.A.</b> una póliza de Seguro Colectivo de Desempleo, para lo cual acompaño los Consentimientos de los integrantes del Grupo Asegurable.				
<b>II. DATOS DEL CONTRATANTE</b>				
Nombres y Apellidos o Denominación o Razón Social:				
Nombres y Apellidos del Representante Legal:				
DPI / Pasaporte:	País de Origen:			
Fecha de Constitución:				
Actividad Principal:	Vínculo con el Grupo Asegurable:			
Dirección:				
Municipio:	Departamento:			
Teléfono No.:	Celular No.:	Correo Electrónico:		
Nombre a facturar:	NIT:			
Dirección de Cobro:				
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"/>				
<b>III. DESCRIPCIÓN DEL GRUPO ASEGURABLE</b>				
No. de Personas que conforman el Grupo a Asegurar:				
Actividad o Actividades a las que se dedica la Empresa:				
<b>IV. COBERTURA PRINCIPAL:</b>				
<b>SUMA ASEGURADA:</b>				
<b>MONEDA:</b>				
<b>NÚMERO DE CUOTAS:</b>				
<b>TERRITORIO</b>				
<b>VI. PAGO DE LA PRIMA</b>				
Forma de Pago:	Contado <input type="checkbox"/>	Fraccionado <input type="checkbox"/>		
	Mensual <input type="checkbox"/>	Trimestral <input type="checkbox"/>	Semestral <input type="checkbox"/>	Anual <input type="checkbox"/>
Contributiva:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Porcentaje	%
<b>Queda entendido y convenido que:</b>				

**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 Aseguradora dar por terminado el contrato de seguro.

Con presentar una fotocopia o el original de esta Solicitud, autorizo como Representante Legal, voluntariamente 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.

La tramitación de esta solicitud no implica la aceptación del riesgo por parte de la Aseguradora.

Firma del Contratante \_\_\_\_\_ Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_

Intermediario

Código:

Nombre:

Firma:

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.