

SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES Y ENFERMEDADES GRAVES SALUD PLUS SOLICITUD DE SEGURO

1. Nombre del solicitante titular: _____				
1er. Apellido	2do. Apellido	Nombres	Apellido de casada	
2. Fecha de nacimiento: _____		3. Edad: _____	4. Lugar de nacimiento: _____	5. Sexo (M o F): _____
6. Estado civil: _____	7. Estatura MTS. _____	8. Peso LBS. _____	9. Identidad #: _____	
10. Nacionalidad: _____		11. Dirección residencial: _____		
12. Celular _____		13. Profesión: _____		14. Ocupación o cargo: _____

CUESTIONARIO MEDICO (ANTECEDENTES DE SALUD)		
¿Padece o ha padecido de alguna enfermedad?	SI	NO
¿Le han practicado alguna operación quirúrgica, o se encuentra actualmente bajo tratamiento médico?	SI	NO
¿Adolece de algún defecto físico o se la ha sugerido algún tratamiento por enfermedades cardíacas, pulmonares, cancerosas, hipertensión arterial, insuficiencia renal, diabetes, hepatitis, enfermedades mentales, cirrosis, parálisis, enfermedades cerebrovasculares, enfermedades coronarias, enfermedades autoinmunes o SIDA?	SI	NO
¿Tiene usted alguna dificultad física o mental para el desempeño de sus tareas laborales?	SI	NO
¿Ha sido usted víctima de amenazas, extorsión o intento de asesinato?	SI	NO

COBERTURAS		
	SUMA	PLAN
	ASEGURADA	CONTRATADO
MUERTE	L.	
INCAPACIDAD PERMANENTE O ABSOLUTA	L.	
REEMBOLSO DE LOS GASTOS MÉDICOS Y HOSPITALIZACIÓN	L.	
INDEMNIZACIÓN EN CASO DE ENFERMEDADES GRAVES	L.	

BENEFICIARIOS			
Nombre	Identidad No.	Parentesco	%

**SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES Y ENFERMEDADES GRAVES
SALUD PLUS
SOLICITUD DE SEGURO**

Por la presente hago constar que las declaraciones y contestaciones que anteceden sobre mis condiciones de salud, estado físico, enfermedades preexistentes, así como los antecedentes médicos, han sido escritas o dictadas por mi persona, voluntariamente y dejo expresa constancia que todas las respuestas están ceñidas a la verdad y si se comprobare que dichas respuestas no están ajustadas a la realidad, La Compañía podrá excluir o cancelar la cobertura de seguro, y se eximirá de toda obligación de indemnizar de acuerdo a las condiciones del Contrato.

AUTORIZACIÓN

AUTORIZO, a Banco FICENSA a que debite mensualmente de mí:

☐ Cuenta de Cheques No. _____ ☐ Cuenta de Ahorros No. _____

Lugar y Fecha: _____

Firma del Titular de Cuenta

Firma del Asegurado