

**SEGURO DE VIDA MEDI PLUS**  
**CONDICIONES PARTICULARES**

POLIZA NO. \_\_\_\_\_

NO. CERTIFICADO \_\_\_\_\_

AGENCIA: \_\_\_\_\_

VIGENCIA A LAS DOCE HORAS

DESDE: \_\_\_\_\_

EMISION: \_\_\_\_\_

HASTA: \_\_\_\_\_

ASEGURADO: \_\_\_\_\_

NO. ID. \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_ FUMA: \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_ OCUPACION: \_\_\_\_\_

VITA PLUS PLAN \_\_\_\_\_ NO. DE CUENTA: \_\_\_\_\_

COBERTURA	SUMA ASEGURADA	PRIMA
MUERTE	L.0.00	L.0.00
GASTOS FUNEBRES	L.0.00	
COBERTURAS ADICIONALES		
MUERTE Y DESMEMBRAMIENTO O PÉRDIDA DE LA VISTA POR CAUSA ACCIDENTAL		L.0.00
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE A CAUSA DE ENFERMEDAD O ACCIDENTE		L.0.00
GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE		L.0.00

NOMBRE	BENEFICIARIOS PARENTESCO	%
_____		
_____		
_____		

**AUTORIZACIÓN**

Por este medio autorizo a "Banco Ficensa, S.A" para que debite de mi cuenta arriba indicada, el valor que corresponde al monto de las primas originadas en esta póliza de acuerdo a la periodicidad seleccionada, edad y plan escogido. Entiendo que la falta de fondos necesarios en la cuenta, considerará un periodo de gracia de treinta (30) días para el pago de primas, caso contrario producirá la terminación automática de este contrato de seguro. Autorizo expresamente a que cualquier médico, hospital, clínica privada o pública y laboratorio que me hayan asistido o reconocido o que puedan reconocerme suministre a Seguros Crefisa S.A., toda la información necesaria que hubiere sobre mi persona con la sola presentación de una copia fotostática de esta autorización que deberá ser considerada tan efectiva y valida como lo original.

**CERTIFICACIÓN**

Este certificado estará regido a lo estipulado en las Condiciones Generales de la póliza suscrita y entrará en vigencia a las 12 horas del día de la expedición de este documento, con termino de un (1) año, contado a partir de esta fecha y con renovación automática con el solo hecho del pago de la prima. En fe de lo cual, manifiesto que he leído toda la solicitud y las Condiciones Generales de la póliza las cuales forman parte integral del contrato y esto de acuerdo con ellos.

Se firma y sella en la ciudad de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma del Funcionario del Banco**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Asegurado**