

SEGURO DE VIDA MEDI 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)

¿Has sufrido algún accidente, operación quirúrgica o te encuentras actualmente bajo tratamiento médico?	SI	NO

¿Padeces de algún defecto físico o se te ha sugerido algún tratamiento por enfermedades cardiovasculares, pulmonares, cancerosas, hipertensión arterial, insuficiencia renal, diabetes, hepatitis o SIDA?	SI	NO

¿Tienes alguna dificultad física o mental para el desempeño de tus tareas laborales?	SI	NO

¿Ha sido usted víctima de amenazas, extorsión o intento de asesinato?	SI	NO

Indica cuándo y porqué. _____		

COBERTURAS

	SUMA	PLAN
COBERTURAS	ASEGURADA	CONTRATADO
MUERTE (BÁSICA)	L.	
GASTOS FUNEBRES (COBERTURA BÁSICA ADICIONAL)	L.	
MUERTE Y DESMEMBRAMIENTO O PÉRDIDA DE LA VISTA POR CAUSA ACCIDENTAL (DID)		
INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE A CAUSA DE ENFERMEDAD O ACCIDENTE (ITP)		
GASTOS MÉDICOS POR ACCIDENTE		

BENEFICIARIOS

Nombre	Identidad No.	Parentesco	%

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.

**SEGURO DE VIDA MEDI PLUS
SOLICITUD DE SEGURO**

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