



SEGURO COLECTIVO DE VIDA AMPARO FUNERARIO SOLICITUD DE SEGURO (INDIVIDUAL)

De acuerdo con las condiciones de la Póliza Colectiva de Amparo Funerario No. _____, expedida a nombre de _____
solicito inscribir como Asegurado a _____
quien ingresó el día _____ de _____ de _____ en condición de _____.
La suma asegurada o plan elegido es por la cantidad de L. _____.
Día _____ de _____ de _____.

FIRMA Y SELLO DEL CONTRATANTE

C O N S E N T I M I E N T O

En relación con la solicitud que antecede, manifiesto mi conformidad para ser inscrito como Asegurado, y para los efectos correspondientes, proporciono la siguiente información:

Datos Personales				
Como aparece en el documento de identidad				
Nombres:	Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Apellido de Casada:	
Lugar de Nacimiento:	Fecha de Nacimiento Día Mes Año		Edad:	Nacionalidad:
Número de Identificación:	Tipo de Identificación Tarjeta de Identidad ☐ Pasaporte ☐ Carnet de Residente ☐			
Género Masculino ☐ Femenino ☐	Estado Civil Soltero (a) ☐ Casado (a) ☐ Viudo (a) ☐ Unión Libre ☐			Nombre Completo del Cónyuge:
Dirección Completa de Residencia:				
Departamento:	Municipio:	Colonia:	Calle:	
Avenida:	Bloque No:	Casa No:	Teléfono de Residencia No:	Fax No:
Correo Electrónico:			Sitio Web:	
Ocupación u Oficio:	Nombre del Negocio (si aplica):	Giro del Negocio:	Act. Económica del Negocio:	
a) Detalle de Información Laboral				
Nombre de la empresa donde labora:	Posición / cargo que desempeña:	Tiempo de laborar en la empresa:		
Dirección completa de la empresa donde labora:				
Teléfono del Trabajo:	Fax No:	Correo Electrónico:	Sitio Web:	
Específicamente detalle su fuente de ingresos:				
¿Mantiene pólizas suscritas con esta u otra(s) aseguradora (s)? SI ☐ NO ☐ Especifique: Nombre de la Aseguradora: _____ Tipo(s) de Seguro(s): _____ Suma(s) Asegurada(s): _____				

FAVOR LLENAR LAS INDICACIONES DEL REVERSO DE LA PÁGINA.



b) Grupo y monto asegurado

Suma Asegurada L.

Grupo Asegurado								
No.	Nombres	Número de Identidad	Fecha de Nacimiento			Edad	Género	Parentesco
			Día	Mes	Año			
1								Titular
2								
3								
4								
5								
6								

c) Beneficiarios en Caso de Muerte del Asegurado Titular: (anotar nombre completo en letra de molde)

No.	Nombre	Identidad	Parentesco	Dirección	Participación %

Certifico que la información brindada en esta solicitud es verídica. Asimismo, comprendo que en caso de no proporcionar la información correcta o si se comprobare que las respuestas no están sujetas a la realidad, las coberturas del seguro contratado se podrían ver afectadas, eximiendo a Equidad Compañía de Seguros S.A. de toda obligación de indemnizar.

Fecha _____ de _____ de _____

FIRMA DEL ASEGURADO

Fecha de aprobación día _____ mes _____ año _____.

FIRMA AUTORIZADA