

SEGURO FICOVIDA

CONDICIONES PARTICULARES

Seguro de Vida No.

Que forma parte de la póliza No.

Solicito la inclusión del cliente dentro de la póliza suscrita por Banco Ficohsa, con las coberturas descritas a continuación y por el valor asegurado que se describe en este documento.

Agencia:	No. Certificado:	Fec. De Emisión:
Asegurado:	Fec. Nacimiento:	Nacionalidad:
Sexo:	Estado Civil:	No. Identidad:
Dirección:	Ciudad:	Teléfono:
Departamento:	No. Cuenta:	Prima a Pagar:
Tipo de Cuenta:	Suma Asegurada:	Plan:
Coberturas		Forma de Pago:
- Muerte por Cualquier Causa - Incapacidad Total y Permanente - Auxilio por enfermedades graves terminales - Gastos Fúnebres		Prima Anual:
Beneficiarios	Parentesco:	Participación:

Debito a cuenta de Ahorros No. por el valor de: HNL en concepto de Prima.
Las condiciones tres (3) y quince (15) de las generales se amplían en lo relativo al pago de las primas.

En caso que la sumatoria de este monto asegurado y la de cualquier otra póliza de vida con esta compañía sobrepasen el límite según políticas establecidas por la Aseguradora, esta se reserva el derecho de solicitar exámenes médicos para su posterior aprobación.

Consentimiento

Mediante este documento otorgo mi consentimiento expreso para ser incluido en esta póliza.

Declaración del Asegurado

1. Que la actividad a la que me dedico es lícita y normal y no genera riesgo o peligro inminente para mi vida y que a la fecha de suscribir este seguro gozo de muy buena salud y que no padezco ni he padecido de afecciones crónicas graves en mi salud.
2. Autorizo a banco Ficohsa para debitar mi cuenta de ahorro, cheques o tarjetas de crédito, según la periodicidad seleccionada, para cubrir el monto de las primas originadas en esta póliza.
3. Autorizo expresamente a cualquier médico, hospital o clínica para que suministre a Interamericana de Seguros, S.A., toda la información necesaria que hubiere sobre mi persona.
4. Dejo expresa constancia que todas las declaraciones en este documento están ceñidas a la verdad y si se comprobare que las mismas no lo están, Interamericana de Seguros, S.A., se eximirá de toda obligación a indemnizar.

5. Manifiesto que he leído toda la solicitud y las estipulaciones generales de la póliza, las cuales forman parte integral del contrato y estoy de acuerdo con ellos.

Observaciones

Este documento cancela y reemplaza automáticamente cualquier otra cobertura anterior bajo esta misma póliza tomada por el mismo asegurado. La vigencia de este seguro será anual a partir de las 12:00 horas del meridiano del día siguiente de su expedición, siempre que se hubiere efectuado el débito a la cuenta del cliente de Banco Ficohsa.

Firma Asegurado Titular de la Cuenta