

## SEGURO DE VIDA VITA 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 ASEGURADA	PLAN CONTRATADO
MUERTE	L.	
GASTOS FUNEBRES	L.	

### 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.

#### AUTORIZACIÓN

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

Cuenta de Cheques No. \_\_\_\_\_  Cuenta de Ahorros No. \_\_\_\_\_

Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No. 94/01-10-2020.



**SEGURO DE VIDA VITA PLUS  
SOLICITUD DE SEGURO**

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Titular de Cuenta

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