

**SEGURO DE VIDA VITA PLUS
CONDICIONES PARTICULARES**

POLIZA NO. _____

NO. CERTIFICADO _____

AGENCIA: _____

EMISION: _____

VIGENCIA A LAS DOCE HORAS

DESDE: _____

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.	L.
GASTOS FÚNEBRES	L.	L.

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 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 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