

**SOLICITUD DE SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES**
**Código: SPN-F.GTP-57**

La siguiente solicitud deberá ser completada con letra de molde, no debe usarse comillas, ni rayas y tiene que escribirse a puño y letra del solicitante.

**A. DATOS DEL ASEGURADO**

	Código de Contratante:	No. de Solicitud:	No. de Póliza:
--	------------------------	-------------------	----------------

PARA USO EXCLUSIVO DE LA COMPAÑÍA

**I. Datos Generales del Tomador del Seguro**
**Datos Persona Natural**

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Apellido de casada	D.N.I <input type="checkbox"/> Carnet de residencia <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/>	No. de documento	Fecha de vencimiento del documento Día   Mes   Año
RTN contratante natural o representante legal	Lugar de nacimiento	Fecha de nacimiento Día   Mes   Año	Edad   Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Nacionalidad			
1	2	3	
Profesión, ocupación, oficio o actividad económica	Estado civil Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Union libre <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/>		
Nombre de la empresa donde trabaja o nombre del negocio propio	Cargo que desempeña		
Tiempo de laborar	Giro de la empresa		
Con que instituciones financieras posee cuentas:	Origen de los recursos		
Nivel aproximado de ingresos mensuales			
L0.00 - L27,000.00 <input type="checkbox"/> L27,000.01 - L53,000.00 <input type="checkbox"/> L53,000.01 - L89,000.00 <input type="checkbox"/> L89,000.01 - L177,000.00 <input type="checkbox"/> L177,000.01 - L442,000.00 <input type="checkbox"/> Mayor a L442,000.01 <input type="checkbox"/>			
¿Ejerce o ha ejercido un cargo público nacional o internacional? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Cargo:	Periodo:	Institución:
En caso de ser afirmativo completar el SPS-F.CR-01 Formulario de identificación y vinculación para personas expuestas políticamente (nacionales y extranjeros) No aplica completar formulario para el Representante Legal			
¿Actúa en nombre o representación de otra persona? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Nombre completo de la persona que representa		Su relación	No. de identidad de la persona que representa
¿Depende económicamente de otra persona? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Nombre completo de la persona que representa		Su relación	No. de identidad de la persona de la que depende
¿Cliente es APNFD? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
APNFD = Actividades y Profesiones No Financieras Designadas.		Si la respuesta es Si indicar que actividad APNFD realiza:	
¿Cliente es Contratista del Estado? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			

**Datos del Cónyuge**

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Nombre de la empresa donde trabaja		Cargo que desempeña	
No. de Teléfono	No. de Celular	Correo electrónico	

**II. Dirección de Residencia del Contratante Dirección de cobro** 

País	Departamento	Municipio	Ciudad	
Colonia	Calle	Avenida	Bloque	Casa No.
Detallar dirección				
Teléfono	Celular		Correo electrónico	

**III. Dirección de Trabajo del Contratante Dirección de cobro** 

País	Departamento	Municipio	Ciudad	
Colonia	Calle	Avenida	Bloque	Casa No.
Detallar dirección				
Teléfono	Celular		Correo electrónico	

**IV. Vigencia**

Desde:	Al medio día	Hasta:	Al medio día
--------	--------------	--------	--------------

**V. Información de Otros Seguros**

¿Tiene otros seguros con la compañía? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Qué tipo de seguros?	¿Con cuál otra compañía tiene (tenía) seguros?
	¿Qué tipo de seguro?	Sumas aseguradas

**B. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE****I. Datos Personales**

Estatura (en metros)	Peso (en libras)	¿Fuma? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Cuántos cigarrillos al día?	¿Ingiere bebidas alcohólicas? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Con qué frecuencia?
Deportes o hobbies				A su juicio, ¿Le exponen sus actividades habituales a un riesgo o peligro en particular? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

**II. Datos Complementarios**

¿Viaja usted habitualmente? ¿Adónde?
¿Trabaja manualmente? Si No <input type="checkbox"/> ¿Dirige usted trabajos? Si No <input type="checkbox"/>
¿Es zurdo?
¿Tiene usted algún impedimento o defecto físico?
¿Qué deporte practica y con qué frecuencia?
¿A cuánto asciende sus ingresos mensuales?
¿Tiene, ha tenido o esta tramitando otro seguro de Accidente Personal? Si No <input type="checkbox"/>
¿Con qué compañía y qué montos?
¿Le han rechazado alguna solicitud de Seguro de Vida o Accidente Personales en otra compañía? Si No <input type="checkbox"/>
¿Con qué compañía y qué montos?

### C. ESPECIFICACIONES DEL SEGURO

I. Coberturas	Sumas Aseguradas	Primas
Muerte		
Incapacidad Permanente		
Incapacidad Temporal		
Gastos Médicos		
Total Suma Asegurada		
Asistencia fúnebre –Servicio Opcional	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	Primas	
	Gastos de Emisión	
	Prima Total	

### II. Beneficiarios

No.	Nombre	D.N.I	Parentesco	Edad	Porcentaje

### III. Declaraciones del Solicitante

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.

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, Ficohsa Seguros se eximirá de toda obligación a indemnizar.

Declaro que he leído, conozco y acepto las condiciones generales y endosos de la póliza, sobre el cual se emite la presente solicitud de seguro y estoy de acuerdo con sus términos, condiciones, coberturas, limitaciones y exclusiones.

Autorizo a la COMPAÑÍA para que los documentos que acrediten la celebración de la póliza de seguros, incluyendo las condiciones generales o particulares, modificaciones realizadas a la misma, así como cualquier notificación o información relacionada a la operación, pueda ser remitida al correo electrónico indicado en esta solicitud.

**IMPORTANTE**

Conforme a los artículos 1141 y 1143 del Código del Comercio, debe declarar todos los hechos a que se refiere este cuestionario, tal y como los conozca o deba conocer en el momento de firmarlo. La omisión en las declaraciones, inexactitud o falsedad de éstas respecto de los hechos que se preguntan, origina la pérdida del derecho del solicitante o del beneficiario en su caso, a la indemnización que se derive de la póliza que se expida basada en tales declaraciones.

**Lugar y Fecha:**

**Firmas**

<b>Nombre del Solicitante</b>	<b>Firma del Solicitante</b>	<b>Código y Firma del Intermediario</b>