

A. Datos del contratante

Nombre completo del contratante (representante, conforme cédula de identidad): _____

Primer apellido

Segundo apellido

Nombres

B. Tipo de operación

Seguro

Línea de Fianza

Crédito

C. Datos personales

Completar con los datos del contratante

1. Número de Cédula/Residencia: _____ 2. Sexo: Masculino Femenino

3. Fecha de nacimiento: _____ 4. Nacionalidad: _____

5. Dirección del domicilio: _____

6. Teléfono: _____ 7. Celular: _____ 8. Correo electrónico: _____

9. Estado civil: _____ 10. Nombre de cónyuge: _____

11. Cédula de cónyuge: _____ 12. Número de dependientes: _____

13. Casas propia: No Si 14. Vehículo propio: No Si

D. Datos sobre la actividad económica o empleo del contratante

1. Empleado Propietario Estudiante Ama de casa Otro: _____

2. Ocupación: _____ 3. Puesto o título: _____

4. Nombre de la empresa: _____

5. Dirección de la empresa: _____

6. Cargo actual: _____ 7. Giro de la empresa para la que labora: _____

8. Teléfono: _____ 9. Ingresos Mensuales: _____

10. Es o fue funcionario Público de Alta Jerarquía No Si Período (desde-hasta) _____ País _____

11. Tiene algún familiar que es o fue funcionario Público de Alta Jerarquía No Si

Período (desde-hasta) _____ País _____ 12. Se considera Persona Notoriamente Pública No Si

E. Información acerca del aseguramiento

1. Póliza: Nueva Renovación 2. Ramo: Vida/Accidente Vehículo Incendio Fianza Misceláneo

3. Origen de los fondos para el pago de la prima: Salario Herencia Ahorro Empresa

Otros (explicar): _____

4. Suma Asegurada en: Córdobas Dólares Otros

5. Seguros con otra aseguradoras: No Si Indicar ramo: _____

Nombre(s) de la(s) Aseguradora(s): _____

*Declaro que la información descrita en este documento es verdadera y correcta. Autorizo a Seguros LAFISE, verificar por cualquier medio legal la información declarada.

Autorizo a Seguros LAFISE a compartir toda la información registrada en este documento con otras entidades del Grupo Financiero LAFISE (Local y Regional).

*Del mismo modo, el cliente expresamente se compromete a informar a Seguros LAFISE, cualquier variación, cambio y/o modificación en el presente formato de declaración.

Firma del contratante y/o
Representante legal

Revisado
Seguros LAFISE

Autorizado
Seguros LAFISE

Fecha: ____/____/20____

PIC-N-3