



Compañía de Seguros, S.A.

Dirección: Edificio El Centro, S.A. - Managua, Nicaragua
Teléfono : (505) 2276-9000 • Fax: (505) 2276-9003 •
Apartado: MR-67 • Pagina web: www.assanet.com.ni

SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL

Formato aprobado por la Superintendencia de Bancos y Otras Instituciones Financieras (SIBOIF)
Resolución SIB-OIF-XIX-051-2011, del 15 de Marzo 2011
Resolución SIB-OIF-XIX-338-2011, del 18 de Noviembre 2011

I. DATOS DEL SOLICITANTE:

1.Nombre del solicitante (dos nombres, dos apellidos, apellido de casada)		2.Cédula/ Cédula de residencia:		3.Pasaporte No:	
4.Fecha de Nacimiento: Día: Mes: Año:			5.Lugar de Nacimiento		
6.Estado Civil:		7. Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		8. No. INSS:	
9.Domicilio:			10.Teléfono:		11.Celular:
12.Fax:		13.Apdo. Postal:		14.Correo electrónico:	
15.Empleado: <input type="checkbox"/>	16.Proprietario <input type="checkbox"/>	17.Estudiante <input type="checkbox"/>	18.Ama de Casa <input type="checkbox"/>	19.Otro <input type="checkbox"/>	
20.Lugar de Trabajo:		21.Ocupación:		22.Salario:	
23.Dirección de trabajo:		24.Teléfono de trabajo:	25.Fax de trabajo:	26.Actividad de la Empresa:	
27.Describa sus Funciones				28.Otras ocupaciones actuales:	
29.Ocupaciones anteriores:		30.¿Cuanto tiempo lleva en estas ocupaciones:		31.¿Piensa cambiar de ocupación? (dé detalles en observaciones)	
32.Dirección de Cobro: Domicilio: <input type="checkbox"/> Trabajo: <input type="checkbox"/>					

II. DATOS DEL SEGURO:

1. Plan de Seguro:	2. Suma Asegurada	3. Moneda: Córdobas <input type="checkbox"/> Dólares <input type="checkbox"/>		4. Forma de pago de la Prima: Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/>		5. Período de Pago de Primas	
6. Beneficios Adicionales: Seguros Temporales				7. Beneficios Adicionales: Planes con Ahorro			
		SI		NO			
a) Beneficio Adicional de Accidente		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	a) Beneficio Adicional de Accidente		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Anticipación de Suma Asegurada por Incapacidad Total y Permanente		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b) Anticipación de Suma Asegurada por Incapacidad Total y Permanente		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				c) Exoneración de Pago de Primas por Incapacidad Total y Permanente		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				d) Enfermedades Graves Tipo "A" o "B"		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Beneficiarios Designados: (Favor indicar Parentesco y Porcentajes).

III. SEGUROS ANTERIORES Y OCUPACIONES PELIGROSAS

1. ¿Se le ha rechazado, cancelado, diferido, recargado o modificado alguna vez, seguro de vida, accidente o enfermedades, o negado su rehabilitación? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		3. ¿Ha fumado durante los últimos doce meses? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
En caso afirmativo indique: Compañía Cantidad Fecha		Si la respuesta es afirmativa, favor indicar frecuencia y cantidad.	
2. ¿Tiene usted pendiente alguna solicitud de seguro de vida o rehabilitación en alguna otra compañía? En caso afirmativo dé detalles: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		4. ¿Hace uso de sedantes, drogas o bebidas alcohólicas? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
		Si la respuesta es afirmativa, favor indicar frecuencia y cantidad.	
5. ¿Es piloto o ha tomado curso de aviación? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		8. ¿En caso que surjan polémicas futuras en relación al Contrato de Seguros, usted está dispuesto voluntariamente a someterse al Proceso Arbitral institucional, conforme a los términos establecidos en el Reglamento del Centro de Mediación y Arbitraje "Antonio Leiva Pérez" de la Cámara de Comercio de Nicaragua? SI <input type="checkbox"/> o NO <input type="checkbox"/> de ser negativa su respuesta, queda expresamente entendido que toda controversia que surgiera está sujeta a las normas establecidas en las Leyes de la República.	
6. ¿Viaja como pasajero en aviones que no son de líneas comerciales? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
7. (a) ¿Alguna actividad, deporte, pasatiempo u ocupación peligrosa en el pasado o presente? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
En caso afirmativo dé detalles en "Observaciones". (b) Si en el transcurso de los próximos dos años y únicamente en ese tiempo, contados a partir de la fecha de esta solicitud, efectuare algún cambio en su actividad o llegara a practicar algún deporte, pasatiempo u ocupación peligrosa, queda comprometido a dar aviso de inmediato a la Compañía.			

Observaciones: _____

Firmado en _____ el día _____ de _____ de _____

Nombre y Clave del Agente, Agencia o Corredor de Seguros

FIRMA DEL SOLICITANTE

DECLARACIÓN DE SALUD PARA SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL

Aprobado por la Superintendencia de Bancos y Otras Instituciones Financieras (SIBOIF)

Resolución SIB-OIF-XIX-051-2011, del 15 de Marzo 2011

Resolución SIB-OIF-XIX-338-2011, del 18 de Noviembre 2011

Solicitante _____

1.- Estatura Exacta: _____ Peso Exacto _____ No. de Libras ganadas _____ Pérdidas _____ ¿Por qué?	SI O NO	Si alguna de estas preguntas ha sido contestada "SI", sírvase dar detalles con respecto a fechas, diagnósticos, nombre del médico, etc.
2. ¿Tiene Ud. algún menoscabo de la vista u oído?		
3. Ha tenido alguna vez o se le ha informado haber tenido: (subraye la frase pertinente)		
a) ¿Presión arterial anormal, soplos, angina de pecho, ataque del corazón, enfermedad del corazón, dolor alrededor del corazón, palpitaciones, cualquier trastorno cardíaco o enfermedad del sistema circulatorio o anomalía en la sangre?		
b) ¿Cáncer, tumor, quiste o crecimiento de cualquier clase?		
c) ¿Pleuritis, tuberculosis, esputos sanguíneos, asma, fiebre de heno o cualquier trastorno de los pulmones, pecho o vías respiratorias?		9. Para Mujeres: Según su leal saber y entender:
d) ¿Ataque cerebrovascular, parálisis, epilepsia, convulsiones, desmayos, mareos, tensión o postración nerviosa o cualquier otro desorden cerebral o del sistema nervioso?		a) ¿Está Usted embarazada? En Caso afirmativo, cuántos meses tiene? Dé nombre y dirección del médico que la atiende y adjunte certificado médico de su ginecólogo sobre la evaluación de su embarazo?
e) ¿Fiebre reumática, artritis, gota, neuritis, ciática o cualquier trastorno de la espalda, espina dorsal, huesos, articulaciones o músculos?		b) ¿Ha tenido Ud. o le han informado tener algún tumor o trastorno de los pechos, matriz, trompas, ovarios o del útero o cualquier trastorno de los órganos femeninos?
f) ¿Diabetes o azúcar en la orina, bocio o problemas de tiroides o cualquier trastorno del metabolismo? ¿Le han recomendado el uso de insulina?		c) ¿Ha tenido Ud. algún parto prematuro, dificultad en sus partos o complicación durante el embarazo?
g) ¿Molestia estomacal, trastorno intestinal, indigestión, úlceras, hernia, trastornos de la vesícula o del hígado, hemorroides o cualquier molestia del recto?		d) ¿Son regulares sus períodos menstruales?
h) ¿Nefritis o albúmina en la orina, cálculos en los riñones, vejiga o vías urinarias o cualquier trastorno de los riñones o conductos genitourinarios?		e) Número de hijos Edad del Menor
i) ¿Se le han hecho electrocardiogramas, rayos X, tratamiento de rayo X o de radio? ¿Por qué?		10.- En los últimos diez años Ud. ha:
j) ¿Cualquiera enfermedad, operación, lesión o deformación?		(a) ¿Tenido o le han dicho que tenía el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), Complejo Relacionado al SIDA (CRS) o condiciones relacionadas con el SIDA?
4.- ¿Ha recibido Ud. exámenes físicos o chequeos periódicos o ha estado bajo tratamiento en alguna clínica o ha recibido o le ha sido aconsejado tratamiento médico quirúrgico o ha estado recluido en algún hospital durante los últimos 5 años, fuera de lo arriba declarado?		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
5.- Según su leal saber y entender padece Ud. ahora de algún menoscabo físico, deformidad o ausencia de buena salud?		(b) ¿Recibido consejo o tratamiento en conexión con cualquiera de las categorías mencionadas en (1) arriba?
6.- Le han recomendado, ha hecho uso o hace uso actualmente de medicinas para el corazón o para presión arterial anormal o a una dieta estricta libre de sal o grasa? ¿Tiene colesterol o triglicéridos altos?		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
7.- ¿Ha vivido o ha estado asociado con alguna persona tuberculosa?		(c) ¿Tenido resultados positivos para anticuerpos al virus (Humano T-Linfotrópico Tipo III; VHLL-III) del SIDA?
8.- a) ¿Ha venido usando o hace uso de sedantes, drogas o bebidas alcohólicas? ¿Con qué frecuencia y en qué cantidad?		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
b) ¿Se ha sometido o ha sido aconsejado a someterse a tratamiento por alcoholismo o hábito de drogas?		

OBSERVACIONES:

HISTORIA FAMILIAR

PARENTESCO	EDAD VIVOS	ESTADO DE SALUD DE DETALLES COMPLETOS DE CUALQUIERA ENFERMEDAD QUE SUFRAN	EDAD AL FALLECER	CAUSA DE LA MUERTE
Padre				
Madre				
Esposa (o)				
Hermanos No. Vivos (____) No. Muertos (____)				
Hermanas No. Vivas (____) No. Muertas (____)				

Firma del Solicitante

Autorización del paciente para suministrar datos y revelar información profesional

El suscrito por este medio autoriza a cualquier médico privado y/o Institución privada ó a cualquier Institución Pública, del Ministerio de Salud (MINSAL) ó del Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS) o a cualquier miembro de su personal profesional para que informen, revelen o permitan la inspección de cualquier informe, expediente, declaración, análisis, diagnóstico o registro profesional de dicho doctor, clínica, hospital o miembro del respectivo personal profesional a **ASSA, Cía de Seguros, S.A.** Por este medio renuncio, exonerar y relevo al médico, clínica, hospital o cualquier miembro del personal profesional público o privado o personal del Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS) de toda restricción impuesta por la Ley para que informen o revelen cualquier registro profesional, observación o dato confidencial a la Compañía arriba mencionada.

Fecha en _____ el día _____ de _____ de _____

Firma del Solicitante