

Instrucciones:

Por favor responda cada una de las preguntas, usando letra clara y de molde, conteste todos y cada uno de los Items, si no tiene nada que responder escriba N/A, si necesita hacer una corrección anote sus iniciales, firma y la fecha junto al sitio en donde hizo la corrección.

Solicitudes presentadas con preguntas sin contestar o con información incompleta serán devueltas provocando atrasos en el proceso de análisis y suscripción, por lo anterior solicitamos se tome algunos minutos de su valioso tiempo para contestar de la manera más detallada posible.

La póliza no entra en vigor mientras las primas no estén pagadas y un funcionario autorizado por el INISER informe por escrito la aceptación de esta solicitud.

Solicito al INISER, emitir Póliza de Vida Individual con el Plan, Suma Asegurada, Coberturas y demás Condiciones descritas a continuación:

1. Nombre del intermediario de seguros:	2. Clave No:
--	---------------------

SECCIÓN I: DATOS GENERALES

1. Nombres y apellidos:		2. Fecha de nacimiento:	
3. Edad:	4. Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	5. No. de Cédula de Identidad:	
6. Lugar de nacimiento:		7. Nacionalidad:	
8. Estado civil: a. Casado (a) <input type="checkbox"/> b. Soltero (a) <input type="checkbox"/> c. Unión de hecho: <input type="checkbox"/>			
9. Profesión:		10. Ocupación u oficio que desempeña (detalle la actividad):	
11. Lugar donde trabaja:		12. Dirección del trabajo:	
13. Dirección exacta del domicilio:			
14. Dirección de cobro y envío de correspondencia: 12. <input type="checkbox"/> ó 13. <input type="checkbox"/>			
15. Teléfonos: a. Domicilio: _____ b. Trabajo: _____ c. Móvil: _____			
d. Fax: _____ e. Otro: _____			
16. Correo electrónico:			

SECCIÓN II: PLAN Y SUMA ASEGURADA DEL SEGURO BÁSICO

1. Suma asegurada solicitada:		2. Moneda: Dólar de los Estados Unidos del Norte América (US\$):	
3. Plan solicitado (Marque con una X en el plan solicitado):			
a. Vida Temporal: T1 <input type="checkbox"/> T5 <input type="checkbox"/> T10 <input type="checkbox"/> T15 <input type="checkbox"/> T20 <input type="checkbox"/> T60 <input type="checkbox"/> T65 <input type="checkbox"/>			
b. Vida Dotal: D10 <input type="checkbox"/> D15 <input type="checkbox"/> D20 <input type="checkbox"/> D25 <input type="checkbox"/> D60 <input type="checkbox"/> D65 <input type="checkbox"/>			
c. Vida Entera: V15 <input type="checkbox"/> V20 <input type="checkbox"/> V25 <input type="checkbox"/> V60 <input type="checkbox"/> V65 <input type="checkbox"/> OV <input type="checkbox"/>			

SECCIÓN III: COBERTURAS ADICIONALES

(Las coberturas adicionales tienen un costo de prima adicional, marque con una X)

1. BASA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		2. BEMDA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
3. Salario o ingresos mensuales: _____			
a. Córdoba <input type="checkbox"/>		b. Dólares de los Estados Unidos de Norte América (US\$) <input type="checkbox"/>	
4. ¿Quién pagará la prima del seguro?:			
5. ¿Tiene algún otro seguro con el INISER? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> , Si la respuesta es SI, favor de detalle:			
6. ¿Tiene algún seguro con otra compañía aseguradora? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> , Si la respuesta es SI, favor de detalle en la siguiente tabla:			
Nombre de la compañía aseguradora	Tipo de Seguro	Suma Asegurada	
7. ¿Le han rechazado la emisión de algún seguro de vida o han recargado la prima? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Si la respuesta es SI, por favor de detalle:			
8. ¿Ha recibido alguna indemnización de alguna compañía aseguradora, por algún seguro de vida o accidente? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> , si la respuesta es SI, favor de detalle:			
9. ¿Este seguro reemplazará algún seguro de vida existente? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> , si la respuesta es SI, favor de detalle:			

SECCIÓN IV: CONSENTIMIENTO DE ARBITRAJE

 1. ¿Desea usted someterse al proceso de arbitraje ante cualquier controversia que surgiera de este contrato? SI NO
**SECCIÓN V: SEGURO COMPLEMENTARIO DE ACCIDENTES PERSONALES
 (Tiene un costo adicional de prima)**
NUMERAL A Riesgos Cubiertos

 1. ¿Desea usted tomar el Seguro Complementario de Accidentes Personales?: SI NO

RIESGOS CUBIERTOS	SUMA ASEGURADA
a. R-I Muerte accidental.	Igual a la suma de la Sección II, Inciso No. 1 de esta solicitud
b. R-II-Incapacidad total o parcial permanente.	Igual a la suma asegurada del Riesgo R-I-Muerte Accidental (Conforme tabla de indemnizaciones).
c. R-II.Rembolso de Gastos Médicos por accidente.	% de la suma asegurada del Riesgo R-I-Muerte Accidental (Marque con una X): 10% 20%

Numeral B Cuestionario

Responde SI o NO en cada una de las preguntas con una X, no deje ninguna sin contestar.

RIESGOS ESPECIALES

 1. ¿Maneja o viaja en avión, avioneta o helicóptero privado o militares como piloto o sobrecargo?: SI NO , Si respondió SI, Indique:

- a. Tipo de aeronave: _____ Comercial? Privado? Militar?
 b. ¿Es piloto de la aeronave?: SI NO
 c. ¿Es parte de la tripulación como sobrecargo? SI NO

 2. ¿Conduce motocicleta, motoneta, cuadraciclo o algún vehículo similar? SI NO

 Desea cobertura para motocicleta, motoneta, cuadraciclo o algún vehículo similar? SI NO

 3. ¿Practica algún deporte como profesional o semi profesional? SI NO , si respondió SI, por favor de detalle: _____

 4. ¿Practica alguna actividad deportiva que por las condiciones difíciles o extremas en que se realizan, implican un alto riesgo de daño corporal o muerte, siendo considerados de alto riesgo o extremo (Ejemplo: Parapente, alpinismo, parkour, paracaidismo, boxeo, buceo, carreras de moto, ala delta, bungee, paintball entre otros no mencionados? SI NO , si la respuesta es SI, por favor de detalle: _____

 5. a. ¿Es usted zurdo? SI NO b. ¿Es usted ambidiestro? SI NO

 6. ¿Desea usted cobertura para cualquiera de los riesgos declarados afirmativamente (Con un SI), en los numerales 1, 2, 3 y 4? SI NO , si la respuesta es SI, indique el nombre de la actividad que desea se incluya en la cobertura: _____

SECCIÓN VI: MODALIDAD Y FORMA DE PAGO (Marque con una X)

 1. Modalidad de pago: a) Anual b) Semestral c) Trimestral d) Mensual

 2. Forma de pago: a) Efectivo b) Tarjeta de crédito c) Cheque
SECCIÓN VII: BENEFICIARIOS
NUMERAL A: Beneficiarios Designados

(Anotar los nombres como aparecen en la cédula de identidad, si son menores de edad anótelos conforme la partida de nacimiento)

Nombres y Apellidos Completos	Parentesco	No. Cédula	% de los beneficiarios

ALBACEA

Si se nombran a menores de edad como beneficiarios, designar a un albacea que los representará para el pago de la indemnización correspondiente. En caso contrario se procederá conforme el régimen legal aplicable.

Nombres y Apellidos Completos	Parentesco	No. Cédula

NUMERAL B: Cesión de Derechos

ENTIDAD A NOMBRE DE QUIÉN SE HARÁ LA CESIÓN DE DERECHOS	MONTO CEDIDO

SECCIÓN VIII: INFORMACIÓN DE SALUD
NUMERAL A: Talla y Peso

1. Estatura en cm:	2. Peso en libras:
3. ¿Ha aumentado o disminuido de peso? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> , Libras aumentadas: Libras disminuidas:	
4. Motivo del aumento o disminución:	

NUMERAL B: Antecedentes Médicos Familiares

Parentesco	Edad	Enfermedad padecida	¿Vive?	Causa de muerte

NUMERAL C: Cuestionario de Salud

En los últimos tres (3) años, usted ha padecido o le han informado padecer de alguna enfermedad o ha presentado cambios físicos relacionados con Conteste con un SI o un NO; si responde con un SI (afirmativamente), por favor de detalle en la Sección IX: NOTAS

1. _____ ¿Ceguera, miopía, hipermetropía, catarata, glaucoma, enfermedades de la retina, sordera (Hipoacusia o déficit visual), infecciones del oído, amigdalitis recurrentes, adenoides y/o cualquier enfermedad, anomalía o desorden en los ojos, nariz y/o garganta?
2. _____ ¿Aneurisma, angina de pecho, ataque al corazón, cateterismo cardiaco, angioplastias, bypass coronario, arritmias cardiacas, soplos en el corazón, palpitaciones, reemplazo de válvulas del corazón, uso de marcapaso, Accidente Cerebro Vascular (Derrame Cerebral), Presión Arterial Alta (Hipertensión arterial), varices en los miembros inferiores o cualquier otra enfermedad, anomalía o desorden del Corazón y/o Sistema Cardiovascular?
3. _____ ¿Gastritis, úlceras en el estómago, duodeno, esófago, anomalías del colon (colitis), cirrosis en el hígado, várices esofágicas, hepatitis de cualquier tipo, inflamación o y/o piedras en la vesícula, pancreatitis, hernias, hemorroides y/o cualquier otra enfermedad, anomalía o desorden del sistema digestivo incluyendo hígado y páncreas?
4. _____ ¿Diabetes (Azúcar alta en la sangre), enfermedades de la tiroides, colesterol o triglicéridos altos y/o cualquier otra enfermedad, anomalía o desorden del sistema endocrino?
5. _____ ¿Desordenes, enfermedades o anomalías de la columna vertebral, reumatismo, artritis, fibromialgia reumática, gota, hiperuricemia, osteoporosis, hernia de los discos intervertebrales, radiculopatías, lumbalgia y/o cualquier otra enfermedad, anomalía o desorden del sistema músculo esquelético?
6. _____ ¿Artritis Reumatoide, lupus eritematoso sistémico o discoide, síndrome antifosfolípido, purpura trombocitopénica idiopática, anemia hemolítica autoinmune, fiebre reumática y/o cualquier otra enfermedad, anomalía o desorden del sistema inmunológico?
7. _____ ¿Parálisis cerebral, mareos, vértigos, migrañas, esclerosis múltiple, neuropatías, miopatías, parálisis de algún nervio, músculo o miembro, mal de Parkinson, focos irritativos cerebrales, convulsiones o epilepsias y/o cualquier otra enfermedad, anomalía o desorden del Sistema Nervioso?
8. _____ Trastorno en la menstruación, enfermedades de los senos (mamas) dificultades en el embarazo, quistes en los ovarios, miomas?
9. _____ Enfermedad en la próstata o testículos?
10. _____ ¿Infecciones urinarias a repetición o crónicas, insuficiencia renal aguda o crónica, nefritis inmunológica, pielonefritis crónica, síndrome nefrótico o nefrítico, cálculos o piedras en los riñones, malformaciones o defectos del sistema urinario, enfermedades transmitidas sexualmente y/o cualquier otra enfermedad, anomalía o desorden en el sistema urinario/reproductor?
11. _____ ¿Enfisema pulmonar, asma bronquial, hiperreactividad bronquial, síndrome de la apnea del sueño, bronquitis crónica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y/o cualquier otra enfermedad, anomalía o desorden del sistema respiratorio?
12. _____ ¿Anorexia nerviosa, bulimia, depresión, psicosis, enfermedad bipolar, ansiedad, desordenes

de la atención y el aprendizaje y/o alguna otra enfermedad mental?

13. _____ ¿Cáncer, tumores, quistes, leucemia, linfoma o cualquier otro tipo de crecimiento de tejidos sea maligno o benigno en cualquier sitio anatómico (parte del cuerpo), antecedentes de transfusiones, anemias o cualquier otra enfermedad, anomalía o desorden de la sangre, bazo y sistema linfático?

14. _____ ¿Toma licor, consume drogas o sustancias prohibidas o ilegales? Si respondió afirmativamente, detalle cantidad diaria y tipo de alcohol ingerido y tipo de droga, o sustancia consumida.

15. _____ ¿Fuma, mastica tabaco, usa pipa?, si la respuesta es SI, detalle desde hace cuánto tiempo lo hace y cantidad de cigarrillos diario consumido.

16. _____ ¿Alergias, dermatitis, psoriasis y/o cualquier otra enfermedad, anomalía o desorden de la piel y sus anexos?

17. _____ ¿Enfermedades, malformaciones, anomalías o desordenes congénitos y/o hereditarios?

18. _____ ¿Padece de alguna deformidad, defecto, incapacidad física y/o secuelas relacionadas con algún accidente y/o enfermedad adquirida o congénita?, si respondió SI, por favor detalle tipo de deformidad, secuela y discapacidad padecida, si utiliza algún tipo de dispositivo o ayuda física (Muletas, silla de rueda, barras ortopédicas) indicar.

19. _____ ¿Ha estado usted con algún resultado positivo por exposición al Virus del HIV o ha sido diagnosticado con SIDA, complejo relacionado con el SIDA o cualquier Inmunodeficiencia adquirida o no adquirida, alguna anomalía o condición relacionada o derivada de esta enfermedad?

20. _____ Si el solicitantes es mujer ¿Está usted en estado de gestación (embarazo). Si la respuesta es "SI"; especificar las semanas de gestación, fecha probable de parto, complicaciones presentadas en el embarazo y fecha probable de parto.

21. _____ Si el solicitante es mujer ¿En qué fecha se realizó el último examen de Papanicolaou (PAP) de cuello uterino y cuál fue el resultado?

22. _____ ¿Se le ha aconsejado ser sometido en el futuro a alguna cirugía, tratamiento médico o realización de algún examen diagnóstico (laboratorio, Rayos X, ultrasonidos, TAC o IRM)?

23. _____ ¿Ha consultado o ha sido tratado por algún médico, esta o ha sido internado en un hospital, sanatorio, clínica o está o ha estado de subsidio o reposo ordenado por un médico?

24. _____ ¿Padece o ha padecido de alguna condición, enfermedad, anomalía, desorden y/o defecto que no haya sido no mencionada en el presente cuestionario de salud (incluya secuelas o déficit físicos por enfermedad o accidentes)?

25. _____ ¿Se encuentra en proceso de ser declarado con algún tipo de incapacidad o invalidez de origen médico?

26. _____ ¿Padece usted actualmente de alguna enfermedad crónica y/o incurable y/o ha tomado o está tomando actualmente algún tratamiento prescripto (ordenado) por algún médico para un plazo mayor de treinta (30) días?

SECCIÓN IX: NOTAS

Si respondió si, en alguna de las preguntas de la Sección VIII. Información de Salud, numeral C, detalle de la manera más clara posible en el cuadro siguiente:

Pregunta No.	Enfermedad o padecimiento	Fecha del diagnóstico	Condición actual

SECCIÓN X: ESPACIO ESPECIAL PARA CORRECCIONES
(Utilice este espacio si desea hacer aclarar o corregir algún dato de esta solicitud)

SECCIÓN XI: DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN DEL SOLICITANTE DEL SEGURO

Declaro bajo mi responsabilidad, que las respuestas y datos aportados son claros, completos y verdaderos hasta donde llegan mis conocimientos y estoy entendido que cualquier declaración incorrecta, imprecisa, inexacta, o falsa, será motivo suficiente para anular o cancelar el proceso de trámites de seguros. Entiendo que la presente solicitud de seguro no vincula al asegurador, por lo que INISER no asumirá responsabilidad hasta que esta solicitud sea aprobada en documentos escrito por funcionario autorizado y que, además, se reserva el derecho de solicitar todas las evidencias que considere pertinente y de rechazar la solicitud. Por medio de este documento consiento a que los datos personales (incluso los de salud) facilitados al INISER, sean incluidos y archivados para el análisis y delimitación del riesgo, y en consecuencia, para el inicio y desarrollo de la relación contractual.

Autorizo, a cualquier médico, trabajador de la salud, hospital, clínica (Epidemiológica, privada o pública), compañía de seguros u otra institución o persona que tenga conocimiento o registro de mi persona o mi salud, para que pueda dar cualquier información escrita, evaluaciones médicas, cuidados, tratamientos, consultas, diagnósticos solicitada por el Instituto Nicaragüense de Seguros y Reaseguros (INISER), tanto durante mi vida como posterior a mi muerte, no teniendo aplicabilidad lo establecido en los incisos 5 y 10 del Arto: 8 (LEY GENERAL DE SALUD). También relevo del secreto profesional a los laboratorios, clínicas u hospitales, a fin de que puedan dar información que solicite INISER, con mis nombres, apellidos e historial clínico en caso de padecer en vida o haber fallecido por alguna o algunas enfermedades transmisibles y que éstas a su vez, se encuentren amparadas bajo la Ley 238. Así mismo, confirmo haber sido informado de forma clara, precisa, oportuna y adecuada sobre los alcances y consecuencias del seguro a ser contratado, conforme oferta presentada por el Instituto o la información contenida en esta solicitud.

Firmado en: _____ el día _____ del mes de _____ del año _____

NOMBRE Y APELLIDO DEL SOLICITANTE

FIRMA DEL SOLICITANTE

SECCIÓN IV: COMENTARIOS DEL AGENTE DE SEGUROS

Por este medio yo _____ Intermediario de Seguros clave No. _____ certifico que he registrado y anotado la información proporcionada por el solicitante exactamente a como me fue expresada, además certifico conocer al solicitante desde hace _____ y afirmo no conocer alguna información o condición no declarada por el solicitante que pudiese modificar o agravar el riesgo.

Acepto total responsabilidad por el envío de las primas cobradas al solicitante, así como la entrega de la póliza, conforme lo establecido en el artículo No 119 de la Ley 733 "Ley General de Seguros y Reaseguros"

Comentarios: