

DATOS DEL SOLICITANTE

Nombres: _____ Apellidos: _____
 Cédula No. _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: F M
 Lugar de nacimiento: _____ Teléfono: _____
 Domicilio particular: _____
 Estado Civil: Soltero Casado Viudo Divorciado Unión de hecho estable Ingreso anual _____
 Ocupación: _____ Empresa donde trabaja: _____ Teléfono oficina: _____
 Detallar ocupación actual: _____ Lugar de trabajo: Oficina Comercio Fábrica
 Exterior Viajando Otro: _____
 Tipo de actividad: Empresarial Administrativa Operativa
 Si tiene otras ocupaciones, sírvase nombrarlas: _____

DATOS DEL CONTRATANTE (En caso de ser diferente al solicitante)

Nombre del contratante: _____
 Cédula/ RUC: _____ Teléfono: _____
 Domicilio: _____

DATOS DEL SEGURO SOLICITADO

Plan Temporal: 5 años 10 años 15 años 20 años
 Suma Asegurada (por fallecimiento) _____

BENEFICIOS ADICIONALES

PIT	Pago de suma asegurada por invalidez total y permanente	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
EPIT	Exoneración de pago de primas por invalidez total y permanente	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
DI	Doble indemnización por muerte accidental	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Forma de pago

Anual Semestral Trimestral Mensual Otra _____

Designación de beneficiarios

Nombre	Parentesco	%

La designación de beneficiarios se hace con carácter: Revocable Irrevocable

Aviso importante: de existir beneficiarios menores de edad, favor indicarnos quien será su albacea o representante, esta persona deberá de gozar de dicha calidad en concordancia con las leyes de Nicaragua.

CUESTIONARIO HáBITOS Y DEPORTES

Fuma: Sí No Cigarrillos Puro Pipa ¿Qué cantidad? _____
 Frecuencia: Diario Semanal Quincenal Mensual Si ha dejado de fumar, ¿desde que fecha? _____
 ¿Toma usted bebidas alcohólicas? Sí No Clase: _____ ¿Qué cantidad? _____
 Frecuencia: Diario Semanal Quincenal Mensual Si ha dejado de beber, ¿desde que fecha? _____
 ¿Practica algún deporte? Sí No ¿cuál? _____ Amateur Profesional
 ¿Vuela en líneas aéreas no comerciales? Sí No Pilotos Pasajero Tripulante Otro _____
 ¿Desea cubrir el riesgo? Sí No

CUESTIONARIO PARA SEGUROS SIN EXAMEN MÉDICO

1. Estatura (m o pies) _____ 2. Peso (kg. o lb) _____
3. ¿Ha variado su peso en el último año? Sí No
4. ¿Ha padecido durante los últimos 5 años alguna enfermedad que amerite hospitalización? Sí No
5. ¿Ha padecido durante los últimos 5 años alguna enfermedad que amerite tratamiento médico por más de 15 días? Sí No
6. ¿Ha sufrido algún accidente o enfermedad cuyas consecuencias permanezcan en la actualidad? Sí No
7. ¿Padece actualmente alguna enfermedad o está sujeto a algún tratamiento médico? Sí No
8. ¿Se le ha practicado alguna intervención quirúrgica? Sí No
9. ¿Ha padecido en los últimos 5 años alguna enfermedad venérea? Sí No
10. ¿Se ha practicado pruebas para detectar el SIDA? Sí No Resultado _____
11. ¿Ha recibido transfusión de sangre en los últimos 5 años? Sí No

CUESTIONARIO ADICIONAL PARA MUJERES

12. ¿Está usted embarazada? Sí No ¿Qué mes cursa de embarazo? _____
13. ¿Ha tenido abortos? Sí No Motivo _____

En caso de respuestas afirmativas a las preguntas anteriores, proporcione la siguiente información:

PREGUNTA No.	PADECIMIENTO	FECHA DE INICIO	TRATAMIENTO

ANTECEDENTES FAMILIARES

Han padecido sus padres o hermanos: Diabetes Sí No Cáncer Sí No

Afecciones cardiovasculares: Sí No

Historia Familiar	Edad	Estado de Salud	Edad al Fallecimiento	Causa del Fallecimiento
Padre				
Madre				
Hermanos	No. Vivos		No. Fallecidos	
Hijos	No. Vivos		No. Fallecidos	

MÉDICOS QUE ACOSTUMBRA CONSULTAR

Nombre	Domicilio	Teléfono

SEGURO DE VIDA EN VIGOR

Nombre de la Compañía	Póliza Número	Fecha de Emisión	Suma Asegurada	Moneda

REFERENCIAS PERSONALES

Nombre	Domicilio	Teléfono

DE INTERÉS PARA EL SOLICITANTE (Debe leerlo antes de firmar)

Se previene al solicitante que conforme la Ley de Contrato de Seguro, debe declarar todos los hechos que se le pregunten para la apreciación del riesgo a que se refiere esta solicitud, tal como los conozca o deba conocer en el momento de firmarla, en el entendido de que la no declaración o la inexacta o falsa declaración de un hecho que se le pregunte, podría originar la pérdida del derecho del Asegurado o del derecho de sus beneficiarios.

Declaro que las respuestas arriba mencionadas son claras y completas hasta donde llegan mis conocimientos y cualquier declaración falsa o inexacta será causa de invalidación del contrato de seguro. Así mismo autorizo a cualquier

médico, hospital, clínica, Compañía de Seguros u otra institución o persona que tenga conocimiento o registro de mi persona o salud, para que puedan dar cualquier información escrita solicitada por Seguros LAFISE. Entiendo que la Compañía no asumirá ninguna responsabilidad hasta que esta solicitud sea aprobada en documentación escrita por un funcionario autorizado y que además se reserve el derecho de solicitar evidencias médicas y de rechazar la solicitud, de acuerdo a las normas de selección de la empresa.

Este documento solo constituye una solicitud de seguro y por tanto, no representa garantía alguna de que esta será aceptada por Seguros LAFISE, ni que, en caso de aprobarse, dicha aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

Firmado en la ciudad de _____ el día de _____ del mes de _____ del año _____

Firma del solicitante

Firma del Intermediario (Clave No.)

INFORME COMPLEMENTARIO DEL INTERMEDIARIO

1. ¿Desde cuando conoce usted al solicitante? Días _____ Meses _____ Años _____
2. ¿Si lo conoció recientemente, indique como verificó su identidad? _____
3. ¿Le consta a usted que su cliente firmó esta solicitud? Sí No
4. ¿Recomienda usted a su cliente, tanto por su aspecto saludable como por moralidad y reputación? Sí No
5. ¿Representa su cliente la edad que indica? Sí No
6. ¿Representa su cliente algún defecto físico? Sí No
7. ¿Tiene su cliente tendencia a algún vicio? Sí No
8. ¿Sabe si su cliente tiene alguna enfermedad grave? Sí No
9. ¿Solicita su cliente este seguro, para cancelar alguna otra póliza expedida por esta Compañía? Sí No
10. ¿Sabe usted de algún riesgo especial por motivo de su ocupación? Sí No

En caso de respuestas negativas a las preguntas 3, 4, 5 ó afirmativas a las preguntas 6, 7, 8, 9 y 10 indique las causas:

PREGUNTA No.	CAUSA

DATOS DEL INTERMEDIARIO

CLAVE	NOMBRE	SUCURSAL Y/O OFICINA

Firma del Intermediario

OBSERVACIONES
