

**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**

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