

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