

DATOS DEL SOLICITANTE			
NOMBRES <input type="radio"/> P. <input type="radio"/> M.		APELLIDOS	
CEDULA	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	SEXO <input type="radio"/> F <input type="radio"/> M
LUGAR DE NACIMIENTO		TELÉFONO	
DOMICILIO PARTICULAR			
ESTADO CIVIL		UNIÓN DE HECHO ESTABLE <input type="radio"/>	INGRESO ANUAL
SOLTERO <input type="radio"/> CASADO <input type="radio"/> VIUDO <input type="radio"/> DIVORCIADO <input type="radio"/>			
OCUPACIÓN	EMPRESA DONDE TRABAJA	TELÉFONO OFICINA	
DETALLAR OCUPACIÓN ACTUAL	LUGAR DE TRABAJO	TIPO DE ACTIVIDAD	
	OFICINA <input type="radio"/> EXTERIOR <input type="radio"/> COMERCIO <input type="radio"/> VIAJANDO <input type="radio"/> FÁBRICA <input type="radio"/> OTRO _____	EMPRESARIAL <input type="radio"/> ADMINISTRATIVA <input type="radio"/> OPERATIVA <input type="radio"/>	
SI TIENE OTRAS OCUPACIONES, SIRVASE NOMBRARLAS:			

DATOS DEL CONTRATANTE (SOLO EN CASO DE SER DIFERENTE AL SOLICITANTE)		
NOMBRE DEL CONTRATANTE	CEDULA/RUC	TELÉFONO
DOMICILIO		

DATOS DEL SEGURO SOLICITADO			
PLAN			SUMA ASEGURADA (POR FALLECIMIENTO)
TEMPORAL 5 AÑOS <input type="radio"/>	TEMPORAL 15 AÑOS <input type="radio"/>		
TEMPORAL 10 AÑOS <input type="radio"/>	TEMPORAL 20 AÑOS <input type="radio"/>		

BENEFICIOS ADICIONALES			
PIT	PAGO DE SUMA ASEGURADA POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
EPIT	EXONERACIÓN DE PAGO DE PRIMAS POR INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
DI	DOBLE INDEMNIZACIÓN POR MUERTE ACCIDENTAL	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO

FORMA DE PAGO	
ANUAL <input type="radio"/>	SEMESTRAL <input type="radio"/> TRIMESTRAL <input type="radio"/> MENSUAL <input type="radio"/> OTRA _____
SI AL MOMENTO DE FALLECER EL ASEGURADO, EXISTIESE ALGÚN SALDO DE PRIMA POR PAGAR DEL AÑO EN VIGENCIA, ESTE MONTO SERÁ DEDUCIDO DE LA INDEMNIZACIÓN QUE CORRESPONDA.	

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS		
NOMBRE	PARENTESCO	PORCENTAJE
LA DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS SE HACE CON CARACTER		REVOCABLE <input type="radio"/> IRREVOCABLE <input type="radio"/>

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 HABITOS Y DEPORTES			
¿FUMA? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	CIGARRILLOS <input type="radio"/> PURO <input type="radio"/> PIPA <input type="radio"/>	¿QUE CANTIDAD? FRECUENCIA	DIARIO <input type="radio"/> SEMANAL <input type="radio"/> QUINCENAL <input type="radio"/> MENSUAL <input type="radio"/>
SI HA DEJADO DE FUMAR, DESDE QUE FECHA			
¿TOMA USTED BEBIDAS ALCOHÓLICAS? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	CLASE _____	¿QUE CANTIDAD? FRECUENCIA	DIARIO <input type="radio"/> SEMANAL <input type="radio"/> QUINCENAL <input type="radio"/> MENSUAL <input type="radio"/>
SI HA DEJADO DE BEBER, DESDE QUE FECHA			
¿PRACTICA ALGÚN DEPORTE? SI ¿CUAL?	NO <input type="radio"/>	AMATEUR <input type="radio"/>	PROFESIONAL <input type="radio"/>
¿VUELA EN LÍNEAS AERÉAS NO COMERCIALES?	PILOTOS <input type="radio"/> PASAJERO <input type="radio"/> TRIPULANTE <input type="radio"/> OTRO _____	¿DESEA CUBRIR EL RIESGO? SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>	

CUESTIONARIO PARA SEGUROS SIN EXAMEN MÉDICO			
1. ESTATURA	MTS. O PIES	2. PESO	KG. O LBS
3. HA VARIADO SU PESO EN EL ÚLTIMO AÑO?			Si No
4. HA PADECIDO DURANTE LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS ALGUNA ENFERMEDAD QUE AMERITE HOSPITALIZACIÓN?			<input type="radio"/> <input type="radio"/>
5. HA PADECIDO DURANTE LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS ALGUNA ENFERMEDAD QUE AMERITE TRATAMIENTO MÉDICO POR MÁS DE 15 DÍAS			<input type="radio"/> <input type="radio"/>
6. HA SUFRIDO ALGÚN ACCIDENTE O ENFERMEDAD CUYAS CONSECUENCIAS PERMANEZCAN EN LA ACTUALIDAD?			<input type="radio"/> <input type="radio"/>
7. PADECE ACTUALMENTE ALGUNA ENFERMEDAD O ESTA SUJETO A ALGÚN TRATAMIENTO MÉDICO?			<input type="radio"/> <input type="radio"/>
8. SE LE HA PRACTICADO ALGUNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA?			<input type="radio"/> <input type="radio"/>
9. HA PADECIDO EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS ALGUNA ENFERMEDAD VENÉREA?			<input type="radio"/> <input type="radio"/>
10. SE HA PRACTICADO PRUEBAS PARA DETECTAR EL SIDA? RESULTADO			<input type="radio"/> <input type="radio"/>
11. HA RECIBIDO TRANSFUSIÓN DE SANGRE EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS?			<input type="radio"/> <input type="radio"/>

CUESTIONARIO ADICIONAL PARA MUJERES	
12. ESTA USTED EMBARAZADA? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No.	13. HA TENIDO ABORTOS? <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> No.
QUE MES CURSA DE EMBARAZO? _____	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 SI NO CÁNCER SI NO AFECCIONES CARDIOVASCULARES SI 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 NUMERO	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 importantes 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 _____ del mes de: _____ del año: _____

Firma del Solicitante

Firma del Agente (Clave No.)

INFORME COMPLEMENTARIO DEL AGENTE

	DIAS	MESES	AÑOS	SÍ	NO
1. DESDE CUANDO CONOCE USTED AL SOLICITANTE?				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. SI LO CONOCIÓ RECIENTEMENTE, INDIQUE COMO VERIFICO SU IDENTIDAD?				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. LE CONSTA A USTED QUE SU CLIENTE FIRMO ESTA SOLICITUD?				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. RECOMIENDA USTED A SU CLIENTE, TANTO POR SU ASPECTO SALUDABLE COMO POR SU MORALIDAD Y REPUTACIÓN?				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. REPRESENTA SU CLIENTE LA EDAD QUE INDICA?				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. REPRESENTA SU CLIENTE ALGÚN DEFECTO FÍSICO?				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. TIENE SU CLIENTE TENDENCIA A ALGÚN VICIO?				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. SABE SI SU CLIENTE TIENE ALGUNA ENFERMEDAD GRAVE?				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. SOLICITA SU CLIENTE ESTE SEGURO, PARA CANCELAR ALGUNA OTRA PÓLIZA EXPEDIDA POR ESTA COMPAÑÍA?				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. SABE USTED DE ALGÚN RIESGO ESPECIAL POR MOTIVO DE SU OCUPACIÓN?				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

EN CASO DE RESPUESTAS NEGATIVAS A LA PREGUNTAS 3,4,5 ó AFIRMATIVAS A LAS PREGUNTAS 6,7,8,9 Y 10 INDIQUE LAS CAUSAS:

PREGUNTA No.	CAUSA

DATOS DEL AGENTE

CLAVE	NOMBRE	SUCURSAL Y/O OFICINA

FIRMA DEL AGENTE

OBSERVACIONES
