Ficohsa

SOLICITUD DE SEGURO DE VIDA A TÉRMINO DE 10 AÑOS RENOVABLE

(COBERTURA EN DÓLARES ESTADOUNIDENSES)

Seguros

La información suministrada a continuación de ser escrita a puño y letra del solicitante sin alteraciones ni tachaduras.

I. Datos Generales del Tomador de Seguro

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Apellido casada

Cédula de Identidad ☐ Carnet de residencia ☐ Pasaporte ☐ No. Identificación

Lugar de nacimiento: | Fecha de nacimiento: Día / Mes / Año | Edad: | Sexo: Masc. ☐ Fem. ☐

Nacionalidad: | Profesión u oficio:

Estado Civil: Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Union libre ☐ Viudo(a) ☐

Estatura en metros: | Peso en libras:

Fuma: ☐ Si ☐ No | ¿Cuántos cigarrillos al día? | Ingiere bebidas alcohólicas: ☐ Si ☐ No | ¿Con que frecuencia?

Deportes o Hobbies:

A su juicio, ¿Le exponen actividades a un riesgo o peligro en particular?

Nombre de la empresa donde trabaja o nombre del negocio propio:

Cargo que desempeña: | Tiempo de laborar:

Giro de la empresa: | Con que instituciones financieras posee cuentas:

Detallar fuente de ingreso de donde pagará la póliza a contratar:

Ingresos (sueldos, honorarios, dividendos, rentas, etc.) Anual al año anterior (US$):

Ingreso anual (US$):

Otras ocupaciones y empleos en los ultimos 3 años:

Nombre completo del cónyuge:

Nombre de la empresa donde trabaja: | Cargo que desempeña:

Teléfono: | Celular: | E-mail:

II. Dirección de Residencia del Contratante

País: | Departamento: | Ciudad/Municipio:

Colonia: | Calle: | Avenida: | Bloque: | Casa No.

Detallar dirección:

Teléfono: | Celular: | E-mail:

III. Dirección de Trabajo del Contratante o de la Empresa

País: | Departamento: | Ciudad/Municipio:

Colonia: | Calle: | Avenida: | Bloque: | Casa No.

Detallar dirección:

Teléfono: | Celular: | E-mail: | Sitio web:

IV. Otros

Motivo del seguro:

Contratante (Si no se trata del mismo asegurado, explicar ampliamente):

V. Donde desea recibir la correspondencia: Residencia ☐ Trabajo ☐

VI. Patrimonio (indicar valor real US$):

Bienes Mobiliarios: | Bienes Inmobiliarios:

Otros activos (inversiones bancarias, etc.):

VII. Pasivo (indicar valor real US$):

Obligaciones Hipotecarias: | Créditos pendientes de reembolso:

Otros pasivos (especifique):

VIII.

BENEFICIARIOS DEL SEGURO DE VIDA

Por este medio declaro como único beneficiario de mi seguro de vida a la Institución Financiera _____hasta por el saldo de la deuda. Si la suma asegurada contratada en esta póliza supera el saldo de la deuda; designo como beneficiario (s) por el remanente de la suma asegurada si existiré o en caso de no haber responsabilidad crediticia sobre este seguro a:

Nombre completo	Parentesco	Fecha de nacimiento	Porcentaje

BENEFICIARIOS DE CONTINGENCIA

En caso de fallecimiento de él (los) beneficiario(s) designado(s) por el remanente de la suma asegurada; si existiere, nombro como beneficiario(s) de contingencia a:

Nombre completo	Parentesco	Fecha de nacimiento	Porcentaje

IX Tipo de Plan

Cobertura Principal: Muerte por fallecimiento (excepto por suicidio en los primeros 2 años). Temporal de 10 años, renovables por otros 10 años.

Suma a Asegurar (seleccionar entre US$**75,000 a** US$**500,000)**_____**Dólares estadounidenses.**

Coberturas Adicionales:

Si ☐ **No** ☐ **Muerte Accidental: Beneficio opcional adicional a la cobertura principal, hasta un máximo de** US$**250,000.00 Desmembramiento y pérdida de la vista por accidente.**

Si ☐ **No** ☐ **Incapacidad Total y Permanente: Beneficio opcional de adelanto del capital asegurado de la cobertura principal hasta un máximo de** US$**250,000.00.**

Suma Asegurada para cobertura de Enfermedad Terminal: Anticipo de Capital de US$ **10,000.00.**

Renta Diaria por Hospitalización de US$ **25.00 a partir del tercer día de hospitalización. Quedando a opción las siguientes:**

- ☐ US$**50.00**
- ☐ US$**100.00**
- ☐ US$**150.00**
- ☐ US$**200.00**
- ☐ US$**250.00**

- La forma de pagos de las primas es: Trimestral ☐ **Semestral** ☐ **Anual** ☐

- Período de Carencia o Espera: 90 días por enfermedad; inmediatamente cubierto por accidente.

- Deducible de 2 días por cada hospitalización.

- Indemnización máxima en el número de días hospitalizados por año póliza: 90 días.

X. Cuestionario de salud:

Ha tenido alguna vez o tiene usted, su cónyuge o sus hijos; alguna de las enfermedades o trastornos siguientes (Conteste Si o No con su puño y letra). Si la respuesta es afirmativa, especifique en la linea de la derecha el padecimiento y el nombre de la persona a quien aplica.	Si o No	PADECIMIENTO
a) ¿Ronquera crónica, asma, bronquitis crónica, enfisema pulmonar, expectoración sanguinolenta, catarro persistente, pleuresía, neumonía, tuberculosis pulmonar u otras enfermedades del aparato respiratorio?	☐	_____
b) ¿Palpitaciones rápidas, opresión en el pecho, síncope, angina de pecho, defecto cardiaco congénito, tensión arterial elevada o baja, síndrome metabólico, enfermedad de Chagas, diabetes, anemia, flebitis, várices u otras enfermedades del corazón o del aparato circulatorio?	☐	_____
c) ¿Dolor de cabeza, migraña, insomnio, vértigo, desmayos, nerviosidad, epilepsia, apoplejía, parálisis, trastornos mentales, depresiones nerviosas, neurosis, pérdida de la memoria u otras enfermedades del sistema nervioso?	☐	_____
d) ¿Trastornos del estómago o de los intestinos, úlceras, cálculos vesiculares, vómitos de sangre, reflujo, enfermedades del hígado, ictericia, cólicos hepáticos, hemorroides, fístula del recto u otras enfermedades del aparato digestivo?	☐	_____
e) ¿Enfermedades de los oídos? ¿Supuración? ¿Zumbido de los oídos? ¿Síndrome de Menier?	☐	_____
f) ¿Enfermedades de los ojos? ¿Inflamaciones, trastornos de la vista (grado)? ¿Glaucoma, catarata?	☐	_____
g) ¿Enfermedades de los huesos o articulaciones, reumatismo, lupus, afecciones de la columna vertebral, fibromialgia, lumbago, ciática?	☐	_____
h) ¿Enfermedades o defectos congénitos? ¿Problemas en la tiroides? ¿Edemas, inflamaciones de los ganglios linfáticos?	☐	_____
i) ¿Enfermedades o lesiones de la piel, moretes sin razón justificada? ¿Lunares que han crecido, cambiado de color o que pican, lesiones bucales u orales, cambio de coloración en los tejidos de la boca, vitíligo?	☐	_____

j) ¿Enfermedades de los riñones, de la uretra, de la vejiga o de la próstata? ¿Cálculos renales? ¿Presencia en la orina de albúmina, azúcar, sangre, pus o arenillas? ☐ _____

k) ¿Enfermedades de Transmisión Sexual (Sífilis, Gonorrea, Clamidia, Chancro, Herpes Genital) Infección por VIH o SIDA u otras? ☐ _____

l) ¿Fiebre de origen desconocido, diarrea persistente, pérdida inexplicable de peso o sudoración nocturna? ☐ _____

m) ¿Secuelas de enfermedades infecciosas (Escarlatina, difteria, anginas de repetición, fiebres tifoideas, septicemia, hepatitis, meningitis) o tropicales (malaria, etc.)? ☐ _____

n) ¿Enfermedades o transtornos no citados anteriormente: por ejemplo, las enfermedades de la sangre, gota, hernia, bocio, tumor, quistes, cáncer, atrofia muscular, parálisis, deformidad o mutilación de algún miembro, etc.? ☐ _____

XI. Antecedentes hospitalarios, traumáticos o quirúrgicos.

a) ¿Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica? ¿Cuándo?_____ ☐ _____

b) ¿Ha recibido transfusiones sanguíneas? Indicar clínica u hospital _____ ☐ _____

c) ¿Han utilizado en usted rayos X, sustancias radioactivas, etc.? _____ ☐ _____

d) ¿Ha sido víctima de algún accidente grave o intoxicación? _____ ☐ _____

XII. Otros antecedentes

a) ¿Ha sido tratada (o) por un psicólogo, psiquiatra o un fisioterapeuta?_____ ☐ _____

b) ¿Ha sido tratada (o) por algún otro tipo de médico? ¿Por qué? _____ ☐ _____

c) ¿Quién es su médico de cabecera? _____ ☐ _____

XIII. ¿Practica usted algún deporte? ¿Cuáles? _____ ☐ _____

¿Su capacidad de trabajo ha sido reducida? ¿Por qué?_____ ☐ _____

¿Utiliza ansiolíticos, antidepresivos u otros que requieran prescripción médica?

Si su respuesta es afirmativa, escriba cual (es)_____ ☐ _____

a) ¿ Está embarazada? ¿De cuántos meses?_____ ☐ _____

¿El embarazo trascurre normalmente?_____

b) ¿Ha sufrido alguna enfermedad ginecológica o de los senos?_____ ☐ _____

c) ¿Se demora en su mestruación más de 35 días?¿ Cuánto dura su ciclo mestrual? _____ días ☐ _____

d) ¿Hace cuánto se practicó la última citología? ☐ _____

¿El resultado fue anormal? **Si** ☐ **No** ☐

Si ha contestado afirmativamente alguna pregunta, especifique enfermedad o accidente	Nombre y dirección del médico tratante	¿Cuándo?	¿Duración?	¿Secuelas?

XVII. Historial de Seguros del Asegurado

a) ¿Se encuentra en este momento contratando algún otro seguro de vida en esta u otra compañía? Si _____ No_____

Compañía	Cobertura Principal	Accidente	Invalidez	Plan Médico	Vigencia Inicio-Fin

b) ¿Tiene actualmente pólizas en vigencia con ésta u otras compañías? Si _____ No_____

Compañía	Suma Asegurada Cobertura Principal	Suma Asegurada Accidente	Suma Asegurada Invalidez	Suma Asegurada Plan Médico	Vigencia Inicio-Fin

Otros Seguros Aqui:

Compañía	Tipo de Seguro	Suma Asegurada

c) ¿Le ha sido rechazado u ofrecido en condiciones especiales algún Seguro de Vida? Si_____ No_____

Especifique Compañía:_____ Fecha: _____Razón:_____

d) ¿Ha reclamado o recibido indemnización alguna por accidente, enfermedad grave o invalidez? Si _____ No_____

Especifique Compañía:_____ Fecha: _____ Razón:_____

DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE

1. Que la actividad a la que me dedico es lícita y normal, no generando riesgo o peligro inminente para mi vida y que a la fecha de suscribir este seguro, gozo de muy buena salud y que no padezco de enfermedades graves ni que estoy incapacitado.
   Condiciones de salud graves: conjunto de enfermedades o condiciones de salud que ponen en alto riesgo la vida y la salud de una persona y que a la vez involucra elevados costos de atención y tratamiento, así como un nivel elevado de especialización hospitalaria y médica.
   Las enfermedades graves son, pero no limitadas a : Infarto Agudo del Miocardio, Cáncer en cualquier forma, Eventos Cerebro Vascular, Bypass Aorto Coronario, Insuficiencia Renal y/o Hepática, Lupus, SIDA, Síndrome Metabólico Y toda enfermedad que la compañía considere como tal.
2. Autorizo expresamente a cualquier médico, hospital, laboratorio o clínica que me pudiera haber atendido en la recuperación de la salud, para que suministre a Interamericana de Seguros, S.A. los expedientes o las informaciones que ésta requiera en relación al seguro que solicito, relevándolos de cualquier prohibición legal o responsabilidad en tal sentido.
3. Dejo expresa constancia que todas las respuestas en esta solicitud, están ceñidas a la verdad y si se comprobare que las mismas no lo están, Interamericana de Seguros, S.A., se eximirá de toda obligación a indemnizar y queda facultada a revocar mi cobertura bajo póliza si así lo deseare.
4. Me doy por enterado que la prima de seguro por la renta diaria por hospitalización, podría sufrir un incremento en su tarifa en virtud del costo de los servicios de la salud.
5. Manifiesto que he leído toda la solicitud y las estipulaciones generales de la póliza, las cuales forman parte integral del Contrato y estoy de acuerdo con ellas.

IMPORTANTE

Se advierte al solicitante que conforme al artículo 1141 y 1143 del Código de Comercio, debe declarar todos los hechos a que se refiere este cuestionario, tal y como los conozca o deba conocer en el momento de firmarla. La omisión en las declaraciones , la inexactitud o falsedad de éstas respecto de los hechos que se preguntan, origina la pérdida del derecho del solicitante o del beneficiario en su caso, a la indemnización que se derive de la póliza que se expida basada en tales declaraciones.

Autorizo a LA COMPAÑÍA para que los documentos que acrediten la celebración de la póliza de seguros, incluyendo las condiciones generales o particulares, modificaciones realizadas a la misma, así como cualquier notificación o información relacionada a la operación, pueda ser remitida al correo electrónico indicado en esta solicitud.

_____ _____ de _____ del 20_____ _____ _____

Firma del Solicitante | Fecha en que se firma | Nombre y Firma del Productor | Código del Productor

La firma de la presente solicitud así como la entrega de cualquier importe en concepto de pago de prima, no implica otorgamiento de cobertura hasta tanto el departamento de selección de riesgos de la Compañía se haya pronunciado sobre su aceptación o se haya emitido la póliza, lo que ocurra primero.

PARA USO INTERNO DE INTERAMERICANA DE SEGUROS

Aprobado por:_____ Fecha _____ de_____ del 20_____

Firma: _____

Observaciones:_____

_____