

La siguiente solicitud deberá ser completada con letra molde. Las declaraciones formuladas en este documento son manejadas profesionalmente por nuestra Compañía. En la información suministrada a continuación, no debe usarse comillas, ni rayas y tiene que escribirse a puño y letra del solicitante.

A. Datos del asegurado

Para uso exclusivo de la compañía	Código de Contratante:	No. de Solicitud:	No. de Póliza:
-----------------------------------	------------------------	-------------------	----------------

I. Datos Generales del Tomador del Seguro
Datos Persona Natural

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Apellido de casada	Identidad <input type="checkbox"/> Carnet de residencia <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/>	No. de documento	Fecha de vencimiento del documento Día Mes Año
RTN contratante natural o representante legal	Lugar de nacimiento	Fecha de nacimiento Día Mes Año	Edad Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Nacionalidad			
1	2	3	
Profesión, ocupación, oficio o actividad económica	Estado civil Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/>		
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:	Origen de los recursos		
Nivel aproximado de ingresos mensuales			
L0.00 - L27,000.00 <input type="checkbox"/> L27,000.01 - L53,000.00 <input type="checkbox"/> L53,000.01 - L89,000.00 <input type="checkbox"/> L89,000.01 - L177,000.00 <input type="checkbox"/> L177,000.01 - L442,000.00 <input type="checkbox"/> Mayor a L442,000.01 <input type="checkbox"/>			
¿Ejerce o ha ejercido un cargo público nacional o internacional? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Cargo:	Periodo:	Institución:
En caso de ser afirmativo completar el SPS-F.CR-01 formulario de identificación y vinculación para personas expuestas políticamente (nacionales y extranjeros) No aplica completar formulario para Representante Legal			
¿Actúa en nombre o representación de otra persona? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si la respuesta es Si indicar:		
Nombre completo de la persona que representa	Su relación	No. de identidad de la persona que representa	
¿Depende económicamente de otra persona? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si la respuesta es Si indicar:		
Nombre completo de la persona que representa	Su relación	No. de identidad de la persona de la que depende	
¿Cliente es APNFD? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si la respuesta es Si indicar que actividad APNFD realiza:		
APNFD = Actividades y Profesiones No Financieras Designadas.			
¿Cliente es Contratista del Estado? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			

Datos del cónyuge

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Nombre de la empresa donde trabaja		Cargo que desempeña	
No. de Teléfono	No. de Celular	Correo electrónico	

II. Dirección de residencia del contratante o representante legalDirección de cobro

País	Departamento	Municipio	Ciudad	
Colonia	Calle	Avenida	Bloque	Casa No.
Detallar dirección				
Teléfono	Celular		Correo electrónico	

III. Dirección de trabajo del contratante o de la empresaDirección de cobro

País	Departamento	Municipio	Ciudad	
Colonia	Calle	Avenida	Bloque	Casa No.
Detallar dirección				
Teléfono	Celular		Correo electrónico	

IV. Vigencia

Desde:	Al medio día	Hasta:	Al medio día
--------	--------------	--------	--------------

V. Información de otros seguros

¿Tiene otros seguros con la compañía? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Qué tipo de seguros?	¿Con cuál otra compañía tiene (tenía) seguros?
	¿Qué tipo de seguro?	Sumas aseguradas

B. Datos personales del solicitante**I. Datos Personales**

Estatura (en metros)	Peso (en libras)	¿Fuma? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Cuántos cigarrillos al día?	¿Ingiere bebidas alcohólicas? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Con qué frecuencia?
Deportes o hobbies			A su juicio, ¿Le exponen sus actividades habituales a un riesgo o peligro en particular? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

II. Ingresos

Ingreso (sueldos, honorarios, dividendos, rentas, etc.) Anual al año anterior (US\$) US\$ Anuales	Otras ocupaciones y empleos en los últimos 3 años
--	---

III. Patrimonio (Indicar valor real en US\$)

Bienes mobiliarios US\$	Bienes inmobiliarios US\$
Otros activos (inversiones bancarias, etc.) US\$	

IV. Pasivo (Indicar valor real en US\$)

Obligaciones hipotecarias US\$	Créditos pendientes de reembolso US\$
Otros pasivos (especifique) US\$	

C. Especificaciones del seguro**I. Beneficiarios****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 existirá o en caso de no haber responsabilidad crediticia sobre este seguro a:

Nombre completo	Parentesco	No. identidad	Fecha de nacimiento			Porcentaje
			Día / Mes / Año			
			Día / Mes / Año			
			Día / Mes / Año			

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	No. identidad	Fecha de nacimiento			Porcentaje
			Día	Mes	Año	
			/	/		
			/	/		

II. Tipo de plan

• Cobertura Principal: Muerte por cualquier causa (excepto por suicidio en los primeros 2 años). Temporal de 20 años.

Suma a Asegurada: _____

Moneda: Lempiras Dólares

Suma Asegurada Mínima US\$25,000.00 ó L600,000.00

Suma Asegurada Máxima US\$200,000.00 ó L4,900,000.00

• Coberturas Adicionales:

Si No Muerte Accidental: Beneficio opcional adicional a la cobertura principal, hasta un máximo de US\$ 200,000 o su equivalente en Lempiras.

Desmembramiento y pérdida accidental de la vista.

Si No Incapacidad Total y Permanente: Beneficio opcional de adelanto del capital asegurado de la cobertura principal, hasta un máximo de US\$ 200,000 o su equivalente en Lempiras.

La forma de pago de las primas es: Mensual Trimestral Semestral Anual

III. Cuestionario del Salud

Ha tenido alguna vez o tiene usted, alguna de las enfermedades o trastornos siguientes, (Responda Si o No con su puño y letra) Si la respuesta es afirmativa, subraye e indique el (los) padecimiento (s)	Si o No	Nombre del 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 cardíaco 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, vértigos, 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 biliares, 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) ¿Enfermedad 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, cambios 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, fiebre tifoideas, septicemia, hepatitis, meningitis) o tropicales (malaria, etc.)? _____

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

IV. Antecedentes hospitalarios, traumáticos o quirúrgicos.

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

b) ¿Ha recibido transfusiones sanguíneas?
Indicar clínicas u hospitales: _____ _____

c) ¿Ha sufrido algún tratamiento con rayos X, sustancias radioactivas, etc.? _____

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

V. Otros Antecedentes:

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

b) ¿Ha sido tratado(a) por algún otro tipo de médico? ¿Por qué? _____ _____

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

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

e) ¿Utiliza ansiolíticos, antidepresivos u otros que requieran prescripción médica?
Si su respuesta es afirmativa, escriba cual (es) _____ _____

VI. Para personas de Sexo Femenino:

a) ¿Está embarazada? ¿De cuántos meses? _____
¿El embarazo transcurre normalmente? _____ _____

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

c) ¿Se demora en su menstruación más de 35 días? ¿Cuánto dura su ciclo menstrual? _____ días. _____

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

¿El resultado fue anormal? Sí No

VII. Antecedentes Covid-19:

a) ¿Ha tenido usted en los últimos 03 meses contacto epidemiológico con un caso confirmado o probable de infección por COVID-19? _____

¿Cuándo? _____ ¿Dónde? _____

b) En los últimos 03 meses ¿Ha resultado positivo para COVID-19? _____

¿Cuándo? _____

c) En los últimos 03 meses ¿Por consejo médico ha estado auto-aislado con algunos síntomas? _____

¿Cuándo? _____

d) ¿Ha presentado usted manifestaciones clínicas características de COVID-19, como tos seca, fiebre, dificultad para respirar, dolor torácico, pérdida del gusto (ageusia) o pérdida del olfato (anosmia)? _____

¿Cuándo? _____

En caso de ser afirmativo, ¿Qué tratamiento recibió?

1. _____

2. _____

3. _____

e. ¿Actualmente, presenta usted alguna alteración física, signo o síntoma persistente posterior al padecimiento y tratamiento de COVID-19? _____

¿Especifique? _____

f. ¿Recibe usted algún tratamiento para el manejo de secuelas de COVID-19? _____

g. En caso de haber respondido afirmativamente alguna de las preguntas anteriores, ¿Se ha recuperado completamente y ha regresado a sus actividades normales? _____

Sí ha contestado afirmativamente alguna pregunta de los incisos III al IV especifique enfermedad o accidente	Nombre y dirección del Médico Tratante	¿Cúando?	¿Duración?	¿Secuelas?

VII. Historial de seguros del Asegurado

a) ¿Se encuentra en este momento contratando algún otro seguro de vida en esta u otra compañía? Sí No

Compañía	Cobertura Principal	Accidente	Invalidez	Plan Médico	Vigencia Inicio-Fin

b) ¿Tiene actualmente pólizas de vida y/o gastos médicos en vigencia con esta u otras Compañías? Sí No

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

c) ¿Le ha sido rechazado u ofrecido en condiciones especiales algún Seguro de Vida? Sí No

Especificar Compañía: _____ Fecha: _____ Razón: _____

d) ¿Ha reclamado o recibido indemnización alguna por accidente, enfermedad grave o invalidez? Sí No

Especificar Compañía: _____ Fecha: _____ Razón: _____

