

SEGURO DE VIDA ANUAL RENOVABLE CAPITALIZACION BANCO DE OCCIDENTE, S.A., MONEDA LEMPIRAS

SOLICITUD DE SEGURO

DATOS GENERALES

Nombres y Apellidos: _____ Lugar y Fecha de Nacimiento: _____
 Edad: _____ Sexo: _____ Estado Civil _____ DNI _____ Nacionalidad: _____
 Profesión: _____ Dirección de Residencia: _____
 Calle: _____ Casa: _____ Ciudad: _____ Departamento: _____ N° Teléfono: _____
 Celular _____ Correo Electrónico: _____ Nombre de la empresa o negocio donde trabaja / indique si es profesional independiente: _____ Naturaleza del (los) negocios: _____ Especifique detalladamente la fuente de sus ingresos: _____ Monto Aprox. De ingreso mensual: _____

ANTECEDENTES DE SALUD

Estatura (Mts.): _____ Peso (Lbs.): _____

1. ¿Padece o ha padecido de enfermedades o lesiones importantes? Sí _____ No _____
2. ¿Tiene usted alguna dificultad física o mental para el desempeño de sus tareas laborales? Sí _____ No _____
3. ¿Adolece de algún defecto físico o se le ha sugerido algún tratamiento por enfermedades cardíacas, pulmonares cancerosas, hipertensión arterial, insuficiencia renal, diabetes, hepatitis, enfermedades mentales, cirrosis, parálisis, enfermedades cerebrovasculares, enfermedades coronarias, enfermedades autoinmunes o SIDA? Sí _____ No _____
4. ¿Ha sido alguna vez víctima de amenazas, extorsión o intento de asesinato? Sí _____ No _____

En caso de haber contestado afirmativamente alguna de las preguntas anteriores, detallar: _____

COBERTURA	MONEDA		SUMA ASEGURADA	PLAZO PLAN CONTRATADO
	LPS			
MUERTE POR CUALQUIER CAUSA				

BENEFICIARIOS PRINCIPALES EN CASO DE MUERTE

NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	PORCENTAJE

Cesionario: _____

"Si al momento de mi fallecimiento alguno o algunos de mis beneficiarios es menor de edad, la parte que le(s) corresponda. será entregada a: _____, portador del DNI _____ "Quien ha sido instruido por mi sobre la forma en que deberá proceder con la(s) suma(s) que reciba de la Compañía, sin que por esto se considere a dicha persona como beneficiaria. De ser el caso, la Compañía continuará pagando las sumas producto del seguro a la persona antes indicada, a menos que una orden judicial determine lo contrario que el o los beneficiarios, llegada su mayoría de edad, demuestren este hecho a satisfacción de la Compañía, en cuyo caso, y de solicitárselo por escrito a esta última, podrá pagar directamente al o a los beneficiarios designados que hayan cumplido con los Requisitos anteriores."

Por la presente hago constar que las declaraciones y contestaciones que anteceden sobre mis condiciones de salud, estado físico, enfermedades preexistentes, así como los antecedentes médicos, han sido escritas o dictadas por mi persona, voluntariamente y dejo expresa constancia que todas las respuestas están ceñidas a la verdad y si se comprobare que dichas respuestas no están ajustadas a la realidad, La Compañía podrá excluir o cancelar la cobertura de seguro, y se eximirá de toda obligación de indemnizar de acuerdo a las condiciones del Contrato. Las contestaciones y declaraciones que anteceden son completas y verdaderas, por lo tanto, autorizo por este medio a los médicos, hospitales, clínicas privadas o públicas, IHSS y Laboratorios que me hayan asistido o reconocido o que puedan reconocerme en el futuro, con respecto a mi salud, para que suministren a **Seguros Crefisa, S. A.**, la información que ésta requiera, en relación al seguro que solicito.

Asimismo, autorizo a **BANCO DE OCCIDENTE S.A.**, que se haga cargo a mi cuenta de ahorro, cuenta de cheques o de tarjeta de crédito, de la cantidad requerida para cubrir la cuota de la prima que genera esta solicitud

Lugar y Fecha: _____

Nombre del Asegurado

Firma del Asegurado