

SEGURO DE VIDA ANUAL RENOVABLE BANCOCCIVIDA- LEMPIRAS

SOLICITUD DE SEGURO

DATOS GENERALES

Nombres y Apellidos: _____ Lugar y Fecha de Nacimiento: _____
 Edad: _____ Sexo: _____ Estado Civil _____ Identidad N° _____ 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: _____

TIPO DE PLAN

Tipo de plan: _____ Suma Asegurada Vida: _____ Prima Mensual: _____ Moneda: _____

AUTORIZACION DE DEBITO AUTOMATICO

Número de cuenta o tarjeta de crédito: _____ Fecha de vencimiento: ____/____/____ Prima mensual a debitar: _____
 Nombre del colaborador que tramita solicitud: _____ Código de Agencia: _____

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: _____

COBERTURAS	SUMA ASEGURADA	PLAN CONTRATADO
MUERTE POR CUALQUIER CAUSA		
PAGO ANTICIPADO DEL CAPITAL ASEGURADO POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE		
GASTOS FÚNEBRES		

BENEFICIARIOS PRINCIPALES EN CASO DE MUERTE

NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	PORCENTAJE

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 reconocermme 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: _____

Firma del titular de la cuenta o tarjeta de crédito

Nombre: _____

N° de DNI: _____

Firma del Asegurado

Nombre: _____

N° de DNI: _____