

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.

Código: SPN-F.GTP-55

**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:
<b>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</b>			
¿Actúa en nombre o representación de otra persona? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si la respuesta es <b>Si</b> 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 <b>Si</b> 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 <b>Si</b> 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 Legal** Dirección 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 Empresa** Dirección 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 existiere o en caso de no haber responsabilidad crediticia sobre este seguro a:

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

**BENEFICIARIOS DE CONTINGENCIA**

En caso de fallecimiento de él (los) beneficiarios (s) designado (s) por el remanente de la suma asegurada; si existiere, nombre 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, pleuresia, 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, vitiligo?  \_\_\_\_\_

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 Trasmisión 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	¿Cuándo?	¿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: \_\_\_\_\_

