

LA CENTRAL DE SEGUROS Y FIANZAS, S.A.
SOLICITUD PARA SEGURO DE VIDA INDIVIDUAL



Parte I
004850

Yo, _____ del domicilio de _____ solicito de LA CENTRAL DE SEGUROS Y FIANZAS, S.A., del domicilio de San Salvador, El Salvador, O.A., una póliza de Seguro de Vida, según se estipula más adelante:

PLAN: _____ SUMA: US\$ _____		5. Prima del Seguro: US\$ _____	
BENEFICIOS ADICIONALES: <input type="checkbox"/> Accidentes Personales Suma US\$ _____ <input type="checkbox"/> Anticipo de Capital <input type="checkbox"/> Exención de Primas por Incapacidad Total.		Forma de Pago: Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/>	
		6. Dirección correspondencia: Residencia: <input type="checkbox"/> Trabajo: <input type="checkbox"/>	
2. BENEFICIARIOS DEL SEGURO:			
Nombres Completos: _____		Parentesco: _____	Porcentaje: _____
Nombre Completo del Solicitante: _____		7. Ocupación: _____	
Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____		Funciones: _____	
Residencia: _____		Patrono: _____	
Tel. _____		Dirección: _____	
Tel. _____		Tel. _____	
Ciudad: _____ País: _____		Ciudad: _____ País: _____	
4. Suma Total de Seguros a su nombre (Inclúyase seguro de vida, seguro contra accidentes y enfermedades)		8. ¿ Se le ha rechazado, diferido o modificado alguna vez algún seguro de vida o contra accidentes y enfermedades, en lo que respecta a clase, cantidad, tarifa? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Compañía	Seguro Vida	Seguro Accid.	Fecha Emisión
Ha manejado o piensa manejar alguna aeronave? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, sírvase completar el Cuestionario de Aviación).		9. ¿Está pendiente alguna solicitud de seguro de vida o contra accidentes y enfermedades, o de rehabilitación en alguna otra Compañía? (Dé detalles).	
¿Qué países extranjeros piensa visitar en los próximos doce meses? (Dé detalles):		INDICACIONES ESPECIALES:	


Hago constar que todas las declaraciones hechas aquí, así como en la Segunda Parte de la Solicitud, son completas y verídicas, y han sido hechas por mí a fin de obtener la Póliza solicitada. Autorizo a los médicos, hospitales, clínicas o laboratorios que me hayan atendido en la recuperación de mi salud, para que suministren a La Central de Seguros y Fianzas, S.A. Las informaciones que ésta solicite, relevándolos de toda prohibición que exista sobre la revelación de los datos contenidos en sus registros respecto a mi persona. La Compañía se reserva el derecho de evaluar las condiciones/enfermedades declaradas en esta solicitud. La aceptación está sujeta a revisión por el Departamento de Suscripción para determinar asegurabilidad. La Vigencia de este seguro iniciará en la fecha fijada por **La Central de Seguros y Fianzas, S.A.**

San Salvador, _____

Solicitante

DECLARACION DE SALUD

Declaraciones que el Infrascrito solicitante hace y que constituyen una continuación presentada a **LA CENTRAL DE SEGUROS Y FIANZAS, S.A.**

ESTATURA: _____ PESO _____ Lbs. ¿ Ha perdido o aumentado peso Ud. en el último año? Ha perdido: _____ Lbs. Ha aumentado: _____ Lbs.	MARQUE SI ó NO	Si alguna de estas preguntas han sido contestadas "Sí", sírvase dar detalles con respecto a fechas diagnósticos, gravedad, nombres de los médicos, síntomas y resultados.
¿ Tiene Ud. algún menoscabo de la vista u oído?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Según su leal saber y entender ¿ Ha tenido alguna vez o se le ha informado haber tenido? (Subraye la frase pertinente)		
A. Presión arterial elevada, soplos, enfermedades del corazón, palpitaciones o cualquier trastorno cardíaco?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
B. Cáncer, tumor, quiste o crecimiento de CUALQUIER clase?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
C. Pleuresia, tuberculosis, esputos sanguíneos, asma, fibre de heno o CUALQUEIR trastorno de los Pulmones, pecho o vías respiratorias?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
D. Ataque cerebrovascular, parálisis, epilepsia, convulsiones, desmayos, mareos, tensión o postración nerviosa o CUALQUIER trastorno mental o nervioso?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
E. Fiebre reumática, reumatismo, artritis, gota, neuritis, ciática o CUALQUIER trastorno de la espalda, espina dorsal, huesos, articulaciones o músculos?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
F. Diabetes o azúcar en la orina, bocio o disturbio del tiroides de CUALQUIER enfermedad del metabolismo?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
G. Molestia estomacal, trastorno intestinal, indigestión, úlceras, hernia, trastornos de la vesícula o el hígado, hemorroides o CUALQUIER molestia del recto?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
H. Nefritis o albúmina en la orina, cálculos de los riñones, vejiga o vías urinarias, o CUALQUIER trastorno de los riñones, próstata o conductos genito-urinarios?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
I. Electrocardiogramas, exámen de rayos X, tratamientos de rayos X o de radio? ¿ Por qué?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), Condiciones Asociadas al SIDA, o prueba que resultó positiva para la detección de Infección por el virus del SIDA?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
¿ Ha recibido Ud. Exámenes físicos o chequeos periódicos, o ha estado bajo observación en alguna clínica, o ha recibido o le ha sido aconsejado tratamiento médico o quirúrgico o ha estado recluido en algún hospital durante los últimos 5 años fuera de lo arriba declarado?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	6. PARA MUJERES: Según su leal saber y entender: A. ¿ Está Ud. Embarazada? SI NO En caso afirmativo: ¿ Cuando dará a luz?
Según su leal saber y entender ¿ Padece Ud. ahora de algún menoscabo físico, deformidad o ausencia de buena salud?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	B. Según su leal saber y entender, ¿ Ha tenido o le han informado tener algún tumor o trastorno de los pechos, ovarios o del útero o CUALQUIER trastorno de los órganos femeninos?

Convengo en que las respuestas anteriores forman parte de mi solicitud, la cual consta de la Primera y Segunda Partes con juntamente. Expresamente renuncio, en mi propio nombre y en el de cualquier persona que tuviere o reclamare algún interes en cualquier Póliza emitida en virtud de esta solicitud, a todas las disposiciones de la ley que le prohiban a un médico u otra persona que me haya asistido o examinado, o que me pueda asistir o examinar en lo sucesivo, revelar todo conocimiento o información adquiridos por tal medio.

San Salvador, _____

Testigo: _____
Intermediario

Firma del Solicitante

PARA EL AGENTE VENDEDOR: SÍRVASE CONTESTAR LAS SIGUIENTES PREGUNTAS YA SEA QUE NECESITE O NO EXAMEN MÉDICO

¿ Conoce Ud. bien al Solicitante? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Preguntas que deberán contestarse cuando el Solicitante sea mujer.
¿ Qué ingresos deriva de su ocupación? \$ _____	
¿ Qué ingresos deriva de otras fuentes? \$ _____	
¿ Qué necesidad cubre el seguro solicitado? \$ _____	
¿ Tiene Ud. Conocimiento de algún detalle que podría afectar el seguro, el cual no ha sido mencionado en esta solicitud?	
	1. ¿ Con quién reside? _____
	2. ¿ De ser casada, proporcionar el nombre completo del esposo? _____
	3. ¿ Qué edad tiene él? _____
	4. ¿ Qué cantidad de seguro de vida tiene él? _____
	5. Si él no tiene seguro, a qué se debe? _____

Por este medio certifico que todas las preguntas han sido contestadas completamente, según mi leal saber y entender, e incondicionalmente recomiendo al Solicitante para que se le emita el seguro.